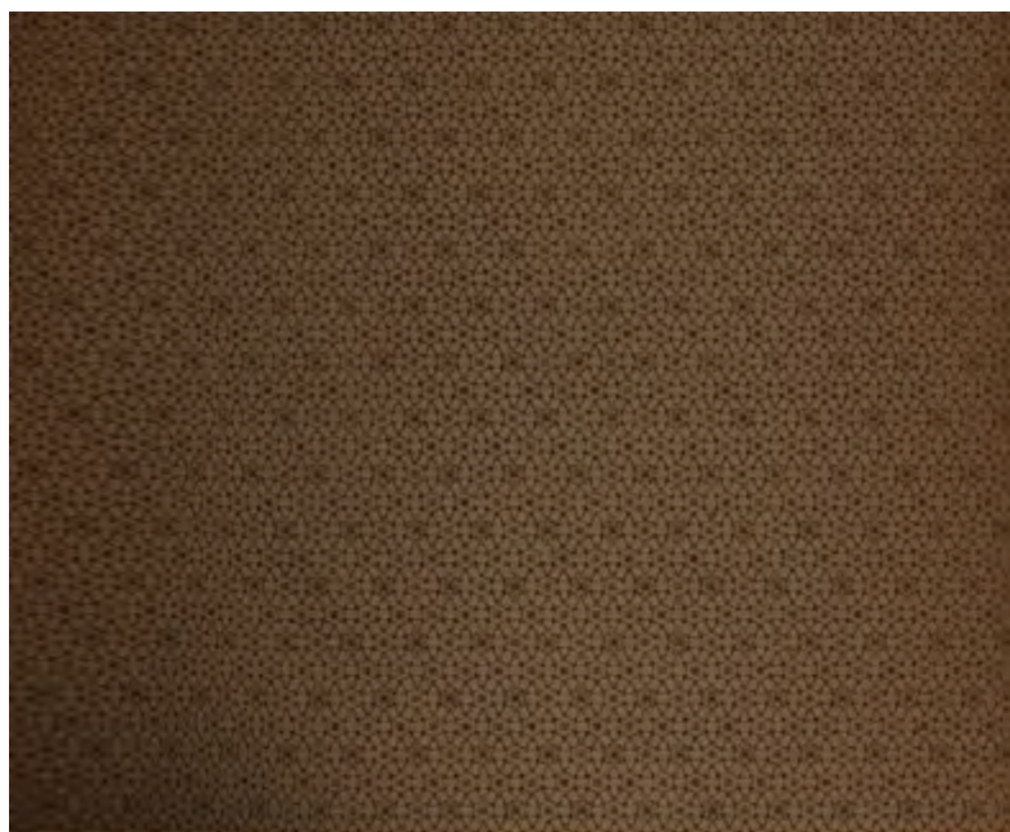
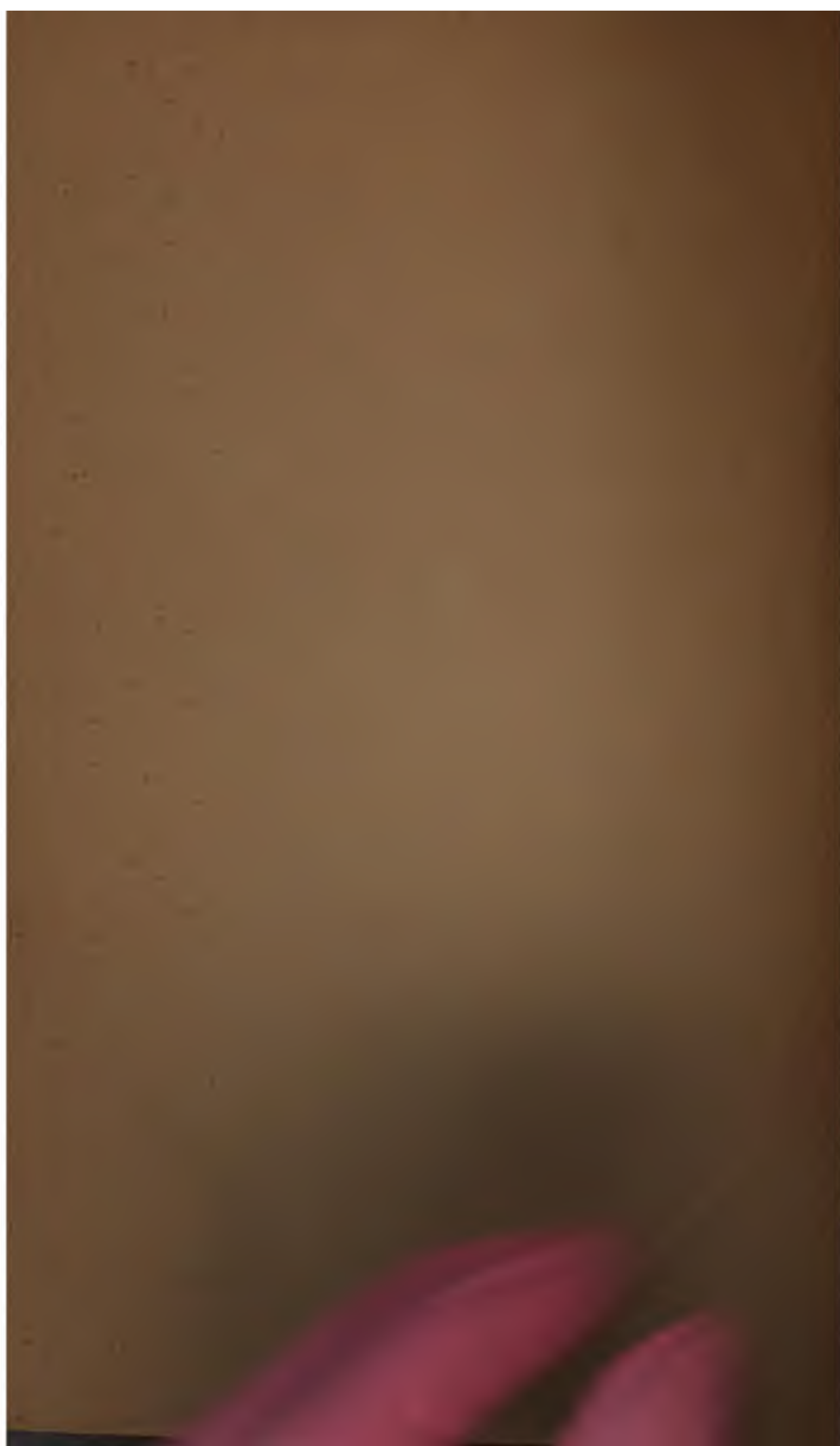








GUIA

DEL

MÉDICO PRÁCTICO.

TOMO QUINTO.

GUÍA

DEL

MÉDICO PRÁCTICO,

RESUMEN GENERAL

DE

PATOLOGÍA INTERNA

Y DE

TERAPÉUTICA APLICADAS

POR

F. L. I. VALLEIX,

MÉDICO DEL HOSPITAL DE LA PIEDAD,
miembro de la Sociedad médica de observación y de la Sociedad anatómica de Paris, de la Sociedad médica de los Hospitales, etc., etc., etc.

QUINTA EDICION,

REVISADA, AUMENTADA Y QUE CONTIENE LA EXPOSICIÓN DE LOS TRABAJOS MÁS RECIENTES

POR EL DOCTOR

P. LORAIN,

profesor agregado á la Facultad de Medicina y médico del Hospital de San Antonio.

CON EL CONCURSO DE MÉDICOS CIVILES, DEL EJÉRCITO Y MARINA.

3.ª EDICIÓN ESPAÑOLA TRADUCIDA POR LOS DOCTORES

D. J. MONTERO RÍOS,
Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid,
D. R. CASAS DE BATISTA, Profesor Clínico de la misma y D. MAXIMINO TEIJEIRO,
Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago.

TOMO QUINTO.

Enfermedades de las mujeres.—Enfermedades del tegido celular y del aparato locomotor.—Enfermedades de la piel.—Enfermedades de los ojos y de los oidos.—Intoxicaciones por las ponzoñas, los virus y los venenos de origen vegetal y mineral.

CON FIGURAS INTERCALADAS EN EL TEXTO.

MADRID.—1890

CASA EDITORIAL É IMPRENTA DE FELIPE GONZÁLEZ ROJAS,
Calle de San Rafael, núm. 9. (Barrio de Pozas).
TELÉFONO NÚM. 3113



GUIA
DEL
MÉDICO PRÁCTICO.

LIBRO DÉCIMO.

ENFERMEDADES DE LAS MUJERES.

Hé aquí la division que aceptamos en esta seccion: 1.° estudiaremos las *enfermedades de la vulva*; 2.° las *afecciones de la vagina*; 3.° haremos en seguida la historia de la *leucorrea*, cuya localizacion no sea exclusiva en la vagina, ni en el útero, sirviendo de transicion entre las enfermedades de estos órganos; 4.° describiremos en seguida las *afecciones del útero*; 5.° las de los *ovarios*, y 6.°, finalmente, los *tumores inflamatorios de la pélvis y de las fosas iliacas*, enfermedades cuyas relaciones con ciertas lesiones de los órganos genitales apenas hay necesidad de mencionar.

CAPÍTULO I.

Enfermedades de la vulva.

Aun cuando las enfermedades de la vulva son accesibles á la exploracion directa, puede decirse que son mucho menos conocidas que un gran número de afecciones internas, lo cual depende sin duda del descuido con que han sido estudiadas.

Solo nos ocuparemos de la *vulvitis simple*, y de la *vulvitis foliculosa*, de la *foliculitis vulvar*, de la *vulvitis seudomembranosa* ó de la *gangrena*, de la *nevralgia* y del *prurito de la vulva*, que son las únicas que deben ocupar un lugar en el cuadro que nos hemos propuesto.

ARTICULO PRIMERO.

VULVITIS SIMPLE.

Se presenta con mas frecuencia como complicacion de la *blenorragia*; pero sin embargo, no cabe duda de que la inflamacion de la vul-

va puede tambien aparecer independiente de toda causa venérea y aunque no hubiese mas que la vulvitis que se observa en las niñas, bastaria para probarlo completamente.

§ I.—Causas.

La vulvitis, de que nos estamos ocupando, se observa particularmente en las *niñas* (1), aunque segun los autores que han escrito con expecialidad de las enfermedades de la infancia, no es comun observar esta en las niñas perfectamente sanas, sino que se desarrolla ordinariamente en las *debilitadas por padecimientos anteriores* y en las *linfáticas* y *escrofulosas*. Es muy raro que aparezca de este modo despues de los primeros años de su vida.

Aunque los sugetos estén sanos ó valetudinarios, se necesita por lo comun una causa excitante para producir la enfermedad, que puede ser la *falta de limpieza* en las niñas, y en todas las condiciones las *diversas excitaciones* de la vulva, entre las que se deben colocar en primera línea la *masturbacion* y las *violencias ejercidas por hombres* en niñas de pocos años. Al hablar de los *oxiurus* del recto (2) hemos dicho que pueden ocasionar un prurito muy desagradable, no tan solo en el ano, sino tambien en la vulva, ya que se introduzcan en esta última parte, ó ya que permanezcan en el recto. De aquí resulta que las niñas llevan sin cesar su mano á esta parte, que la irritan por frotaciones repetidas, y de aquí una inflamacion mas ó menos intensa.

Se observa con bastante frecuencia un flujo abundante por la vulva en las niñas recien nacidas. Lo que parece que produce particularmente este flujo, que va acompañado con bastante frecuencia de tumefaccion y rubicundez, son las maniobras del parto y tal vez el contacto de las materias que segrega la vagina de la madre. Este hecho es expecialmente evidente cuando en el parto se han presentado de nalgas.

En las observaciones citadas por Kinder-Wood (de Manchester) y en las de Boivin y Dugès, recogidas en el hospital de niños, se ve que la vulvitis infantil puede existir en estado puramente epidémico.

Los *excesos en el cóito* ó solamente la *defloracion* pueden ser causa de la inflamacion de la vulva en las adultas. Lebert (3) ha observado muchas veces en las recien casadas una vulvitis muy intensa, cuando habia desproporcion entre los órganos genitales ó rigidez del hímen, ó en fin, abuso del cóito. Es tanto mas importante la indicacion de estas causas, cuanto podria incurrirse en un error, atribuyendo los accidentes al contagio blenorrágico.

(1) Véase P. Guersant, *Notices sur la chirurgie des enfants*. Paris, 1865.
(2) Tomo IV, art. PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, p. 680.
(3) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, Paris, 1860, t. II, p. 416.

§ II.—Síntomas.

1.° *Vulvitis simple aguda.*—Una sensacion de *calor* con *picazon* mas ó menos fuerte y mayor ó menor *tumefaccion* de la vulva, que presenta á veces un aspecto fungoso, y poco despues la salida de un líquido al principio claro y luego mas espeso, blanco ó amarillento y de abundancia variable. El contacto de la orina aumenta el dolor cuando la inflamacion es un poco intensa, y en el mismo caso el andar es difícil ó casi imposible. Vemos, pues, que bajo este punto de vista no hay diferencia esencial entre la vulvitis simple y la blenorragia. (Véase tomo IV.)

¿Se puede comunicar esta inflamacion por el contacto? Así lo creen muchos autores, pero no está demostrado.

Esta enfermedad no ocasiona por sí misma *síntomas generales*, pues es una afeccion puramente local.

2.° *Vulvitis simple crónica.*—Bajo esta forma es como se presenta por lo comun en las niñas profundamente debilitadas, y sucede á la anterior cuando excitaciones continuas la han sostenido por mucho tiempo. Solo se diferencia de la vulvitis aguda por la falta completa ó casi completa del dolor, de la tumefaccion y á veces de la rubicundez. El flujo que produce es tambien menos espeso en los casos ordinarios.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es muy agudo cuando se ha ejercido en la vulva una violencia brusca; pero si es consecutiva á una excitacion repetida, como la masturbacion, solo al cabo de cierto tiempo adquieren los síntomas un grado bastante avanzado de intensidad. Ya hemos dicho antes de ahora que la vulvitis simple que aparece secundariamente en los sugetos enfermizos, sigue por lo comun un curso crónico.

La *duracion* de esta enfermedad es, por consiguiente, muy variable. Segun Durand Fardel, cuando depende de una violencia brutal, es notable por la prontitud con que se cura. En general se debe admitir este hecho; mas, sin embargo, he visto en el hospital de Lourcine á cierto número de niñas que habian sufrido estas violencias, y en las que sin que hubiese nada que hiciese creer en la existencia del contagio, el flujo se prolongaba por mucho tiempo y resistia á todos los medios que, segun los autores, triunfan fácilmente de la enfermedad. Quizá estaria sostenido el mal por la masturbacion, á pesar de toda la vigilancia. Lo que sí hay de cierto es que la vulvitis aguda puede durar en algunos casos uno ó dos meses con todos sus caractéres, sin que sea posible descubrir la causa de esta duracion inusitada.

La vulvitis aguda tiene una *terminacion* prontamente favorable en la gran mayoría de casos, aunque acabamos de ver que hay excepciones á esta regla. La vulvitis crónica, y expecialmente la que es consecutiva á un estado de debilidad considerable, tiende por lo comun á perpetuarse, aun cuando se renueva la causa ocasional que ha podido producirla, y se usen los medios conocidos por mas eficaces.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la inflamacion de la vulva considerado en general, no puede ofrecer ninguna dificultad. En la vulvitis aguda la rubicundez, la tumefaccion, el dolor y el flujo forman un conjunto de síntomas que solo puede referirse á esta enfermedad, y respecto á la crónica, bastan como caractéres un flujo con cierto grado de irritacion limitado á lu vulva. (*Leucorrea vulvar* de algunos autores.)

¿Es posible decidir en vista de los síntomas y del curso de la enfermedad, si la vulvitis dependiente de una violencia exterior, la vulvitis *traumática*, segun la expresion de Durand Fardel, puede distinguirse de la *expontánea*? El médico es llamado principalmente á dar su dictámen acerca de la naturaleza de la afeccion en niñas de menos de quince años, porque la desproporcion de los órganos hace en ellas mucho mas graves los resultados de la violencia, y de esto resulta una vulvitis por lo comun intensa. Los hechos de este género se presentan á la observacion con demasiada frecuencia, y los médicos forenses saben cuán delicada es su mision en semejantes casos.

Durand Fardel (1) se ha ocupado mas que ningun otro autor de resolver esta cuestion importante, y hé aquí un resúmen de lo que ha dicho acerca de este punto. Segun sus observaciones: 1.°, la vulvitis consecutiva á una violencia está limitada á la vulva y al meato ó al conducto de la uretra, al paso que es sumamente raro que se observe esta circunscricion en la vulvitis expontánea; 2.°, la vulvitis traumática presenta mayor rubicundez de la mucosa, y un estado de eretismo de los labios menores mas marcado que en la vulvitis expontánea, que es ordinariamente crónica, como ya lo hemos dicho antes de ahora, y se halla bajo la influencia de un estado mayor ó menor de debilidad del organismo; 3.°, la primera cede á medios muy sencillos con mucha mas facilidad y prontitud que la segunda á medios mas activos; 4.°, finalmente, la invasion reciente de la enfermedad unida á otras circunstancias puede ponernos en camino de formar el diagnóstico.

Añadiremos la descripcion presentada por Ambrosio Tardieu (2)

(1) Durand-Fardel, *Mémoire sur la blenn. chez la femme, etc.* (*Journal des connaissances méd.-chirurgicales*, Julio, 1840.

(2) Tardieu, *Étude sur les attentats aux mœurs*. Paris, 1862, 4.ª edic., p. 20.

de los síntomas con que se manifiesta la vulvitis cuando va ligada á un atentado criminal. «Los grandes y pequeños labios están tumefactos y contumidos; su cara interna, como la membrana himen y la entrada de la vagina, están de color rojo intenso acusando un dolor muy vivo, que hace la exploracion penosa y difícil, y en ocasiones imposible. En el borde y por fuera de los grandes y pequeños labios, se observan escoriaciones, erosiones superficiales y á veces verdaderas ulceraciones. Se ha querido presentar como carácter de esta inflamacion vulvar, la formacion de equímosis en los grandes labios.»

Estos signos distintivos, á los que convendrá añadir otros sacados de un interrogatorio detenido acerca de las diversas causas anteriormente indicadas, tienen un valor positivo. Sin embargo, no son datos ciertos y seguros, de modo que siempre será necesaria una averiguacion rigurosa de lo que ha precedido para poder formar un diagnóstico preciso.

Pronóstico.—La enfermedad que nos ocupa es muy poco grave si se desarrolla á consecuencia de una violencia exterior, ó de una excitacion cualquiera en un sugeto bien constituido. En el caso contrario, es decir, cuando se manifiesta la vulvitis; ya sea bajo la influencia de estas causas, ó ya expontáneamente, en niñas debilitadas por padecimientos anteriores ó actualmente enfermas, la afeccion es de mas consideracion, primero porque es mas difícil triunfar de ella, y despues porque el flujo contínuo que produce contribuye á aumentar tambien la debilidad y ocasiona desórdenes en los órganos digestivos.

§ V.—Tratamiento.

El tratamiento de la *vulvitis simple aguda* no ofrece nada de particular. Solo diremos que esta enfermedad cede mucho mas pronto que la vulvitis blenorrágica á los *simples emolientes*, y en los casos mas graves á las *lociones ligeramente astringentes*. Sin embargo, en algunos casos es preciso recurrir á las *lociones cateréticas*, y como ya lo hemos dicho antes de ahora, estos casos pueden ser bastantes rebeldes; así, pues, habrá que hacer uso de la *cauterizacion* superficial del nitrato de plata, y de las *lociones* con una solucion ligera de esta sustancia, casi como en la vulvitis crónica.

La *vulvitis crónica*, y mas principalmente la que se halla bajo la influencia de un estado manifiesto de la debilidad del organismo, ó de una constitucion linfática y escrofulosa, exige algunos otros medios. Así, pues, como medicacion local, se emplearán desde luego las *lociones astringentes* ó *cateréticas* (nitrato de plata disuelto en agua á la dósis de 5 á 10 centígramos por 60 gramos; en seguida si hay un empobrecimiento de la sangre, resultado de una convalecencia difícil, de la miseria, etc., se prescribirán los *tónicos* y los *analépticos*, lo mismo que en la blenorrea que aparece en iguales condiciones, y

si el sugeto es escrofuloso, se hará uso de los medios indicados en el artículo *Escrófulas* (véanse los artículos ESCRÓFULAS y ATROFIA MESENTÉRICA).—Tomos I y IV.

ARTÍCULO II.

VULVITIS FOLICULOSA.

§ I.—Definicion.

Ya Graaf (1) habia iniciado la posibilidad de la inflamacion aislada de los folículos que rodean la entrada de la vagina, cuando cierto número de casos que ha podido observar A. Robert (2) han permitido á este cirujano trazar una historia detallada de esta enfermedad. Hé aquí lo que resulta de sus investigaciones.

§ II.—Causas.

La inflamacion de los folículos mucosos de la vulva se manifiesta casi siempre á consecuencia de una *blenorragia*, á lo menos Alfonso Robert la ha observado en estas circunstancias; pero se concibe que *cualquiera otra inflamacion* pueda invadir estos folículos y determinar los síntomas que vamos á describir. Robert ha citado dos casos en los que ha aparecido la flegmasía despues de la *preñez*.

§ III.—Síntomas.

La inflamacion de la demás partes de la vulva ó de la vagina se ha disipado ó disminuido considerablemente cuando aparece la de los folículos con los signos que le son propios. Robert explica fácilmente la persistencia de esta última por la disposicion de las partes inflamadas, y en efecto, se concibe sin gran trabajo que estas cavidades de orificio estrecho presenten una inflamacion mas rebelde que los otros puntos de la mucosa, en razon á que los medios que contra ella se dirigen difícilmente pueden llegar al asiento del mal.

Las enfermas experimentan, en el punto que ocupa la flegmasía, un *prurito* á veces insoportable, ó bien *punzadas dolorosas*, ó finalmente uno y otro síntoma, que se hacen sentir con expecialidad al andar.

Siempre hay *flujo*, y la *materia* que le constituye es poco abundante, blanca y opalina cuando la enfermedad es antigua y amarillenta, espesa y puriforme cuando es reciente. En algunos casos

(1) Graaf, *De mulier. organ. generat. inserv.*
(2) Alphonse Robert, *Mémoire sur l'influence des follicules muqueux de la vulve* (*Arch. gén. de méd.*. 3.ª série, 1841, t. XI, p. 393).

este flujo es mas abundante, lo que depende de la dilatacion de la cavidad foliculosa, que aumenta la superficie segregante. Esta evacuacion no es contínua, á lo menos en la inmensa mayoría de casos, sino que la materia segregada sale á intervalos variables, una, dos ó mas veces al dia y con mas ó menos abundancia, lo cual se explica fácilmente por la estrechez del orificio, que determina la acumulacion del líquido en la cavidad del folículo, de tal modo que solo se evacua cuando la distension de esta cavidad ha llegado á su último límite. En los dos casos que se han desarrollado despues de la preñez, se vaciaban los tumorcitos por la noche, y Swediaur ha citado un hecho de supuestas poluciones nocturnas frecuentes en una mujer, que Robert se ha inclinado á referir á los casos citados, como él mismo lo ha observado. La evacuacion del pus contenido en uno ó mas folículos, habia simulado en estos casos las poluciones espermáticas del hombre.

A veces es necesario hacer una presion sobre los tumores para vaciarlos, de lo cual Robert ha citado ejemplos: las mujeres guiadas por el dolor procuraban ellas mismas aliviarse comprimiendo la bolsita purulenta para hacer salir el líquido contenido en ella.

El *exámen* detenido del orificio de la vagina, en el surco que limita hácia fuera las carúnculas mirtiformes, permite ver una ó mas aberturas pequeñitas, redondeadas, agrisadas y rodeadas de una aureola roja, que contrasta con el color rosado de las partes inmediatas. A veces se confunden estas aureolas y forman así una zona de un rojo vivo mas ó menos extendida, alrededor de la entrada de la vigina y de la uretra. Estas aberturitas están situadas sobre unas pequeñas elevaciones, cuyo volúmen varía, segun que los folículos están mas ó menos distendidos por el pus. Algunas son á veces bastante prominentes, lo que depende á la vez de la distension de la cavidad y de la hipertrofia de las paredes; las prominencias de mayor volúmen que ha visto Robert han sido expecialmente durante y despues de la preñez.

Pero el signo mas importante es el que se obtiene *explorando los puntos enfermos por medio de un estilete de Anel;* en efecto, este estilete penetra á bastante profundidad por el orificio que dejamos indicado, y así Robert ha podido hacerle entrar en muchos casos hasta la profundidad de cinco ó seis líneas.

Finalmente, *cuando se comprime los folículos*, sale al exterior una cantidad variable de materia, que tiene el aspecto que hemos descrito anteriormente.

La afeccion es puramente local, y así no se observan mas síntomas que los que acabamos de indicar: las enfermas están por lo comun irritadas por la persistencia de su enfermedad y por el dolor que experimentan; pero la salud general no se halla alterada, á no ser que haya complicaciones.

Robert ha notado que en casi todos los casos se hallan úlceras,

erosiones y granulaciones del útero; pero es evidente que estas lesiones, que dependen, lo mismo que la inflamacion de los folículos, de la afeccion primitiva, la blenorragia, no tiene ninguna otra relacion con la vulvitis foliculosa.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La inflamacion de los folículos se desarrolla con mucha rapidez en el curso de la blenorragia; pero en el mayor número de casos es poco intensa, no penetra probablemente á gran profundidad, y se disipa con la flegmasía de las demás partes de los órganos genitales. En las circunstancias opuestas la inflamacion persiste, permanece estacionaria, y se declara la enfermedad de que nos estamos ocupando.

Su *duracion* es ilimitada, y por lo comun las enfermas no reclaman nuestros auxilios hasta despues de haber padecido mucho tiempo. Robert ha tratado mujeres que llevaban ya quince meses de enfermedad.

Segun los hechos conocidos, la *vulvitis foliculosa*, luego que ha llegado al grado de que se trata, no presenta ninguna tendencia á *terminar* expontáneamente; los folículos vacíos se llenan pronto de nuevo pus ó moco-pus, y así incesantemente, sin otra mejoría por lo comun, que una disminucion progresiva en la consistencia y color amarillo del flujo.

§ V.—Diagnóstico.

Son demasiado exactos los signos que dejamos indicados para que el diagnóstico presente la menor dificultad: sin embargo, hay una afeccion análoga, acerca de la cual Vidad (de Cassis) (1) ha llamado expecialmente la atencion de los cirujanos; hablamos de un absceso de los mayores ó menores labios, que se abre expontáneamente, y cuyo orificio se hace fistuloso. Sucede en estas cavidades accidentales lo mismo que en las naturales dilatadas é inflamadas que rodean el orificio de la vagina; pero siendo diferente el asiento, no hubiera habido necesidad de hablar de este diagnóstico, si algunos cirujanos no hubiesen creido que tal vez la inflamacion que Robert coloca en los folículos, no seria mas que uno de los abscesos indicados por Vidal. No podemos resolver de un modo absoluto esta cuestion; pero sin embargo, diremos que los detalles anatómicos que presenta Robert son demasiado exactos para que pueda suponerse que la enfermedad que ha descrito residia en otra parte distinta de los folículos,

(1) A. Vidal (de Cassis), véase *Traité de pathologie externe*, 5.ª edicion, Paris, 1860, t. V.

que aquella en que la coloca. En la Memoria de Huguier (1) *acerca de las enfermedades de la glándula vulvo-vaginal*, se hallarán tambien buenos datos acerca de este punto.

Habiendo observado Robert que el *prurito* de la vulva es á veces muy considerable en la inflamacion de los folículos, dice, si deberá atribuirse en algunos casos á esta misma flegmasía el prurito que se advierte sin lesion conocida y de que hablan los autores, y cree que pueden referirse particularmente á esta afeccion ciertos casos que Biett ha considerado como de *prúrigo* de la vulva, á pesar de no mostrarse esta erupcion, y se inclina tanto mas á esto, cuanto que en muchas de las observaciones citadas han sido completamente ineficaces los medios empleados contra este supuesto prúrigo.

Apenas nos parece necesario decir que esta afeccion no tiene ninguna gravedad, y ahora veremos que siempre ha cedido á un tratamiento apropiado.

§ VI.—Tratamiento.

Nada debe esperarse de las aplicaciones exteriores, y que el único medio eficaz consiste en destruir los órganos afectados. Los objetos necesarios para esta pequeña operacion son un estilete de Anel, tijeras muy finas y obtusas, y un lápiz de nitrato de plata.

Convenientemente colocada la enferma, se introduce primero un estilete de Anel en la cavidad del folículo, que se conoce por su direccion oblícua, por su posicion superficial y su profundidad, que varía entre cuatro y ocho líneas, y en seguida se dilata la entrada ejecutando con el instrumento movimientos ligeros de circunduccion. Se sustituye el estilete con una de las ramas de las tijeras, que se hace llegar con precaucion hasta el fondo del folículo, y por un movimiento pronto se divide el tabique membranoso y delgado que separa su cavidad de la vagina, y limpiando en seguida la herida se la cauteriza, como igualmente la superficie del folículo, con el nitrato de plata.

Esta operacion, aunque dolorosa, no ocasiona ningun accidente grave; sobreviene un poco de tumefaccion inflamatoria, y las superficies cauterizadas supuran y se cicatrizan bastante pronto; pero por lo comun se observa que persisten algunos restos del folículo que se han escapado, ó á las investigaciones del cirujano, ó á la accion del instrumento cortante y del cáustico, los cuales es preciso coger y cauterizar mas tarde, pues no puede ser completa la curacion no quedando enteramente destruido el folículo (Alfonso Robert).

Es mas que probable que en un gran número de casos se hayan considerado como sanas á mujeres que habian comunicado blenorra-

(1) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme*, 2.ª parte; *Maladies de la glande vulvo-vaginale* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1850, t. XV, p. 606 y siguientes.

gias, y que quizá tendrian la enfermedad que acabamos de describir, y que habia pasado desapercibida.

En cuanto á la hipertrofia de los *folículos vulvares* y á las *enfermedades de la glándula vulvo-vaginal*, son exclusivamente del dominio de la cirujía, y lo mejor que podemos hacer es remitir al lector para el estudio de estos puntos á la Memoria de Huguier, que antes de ahora hemos citado.

ARTÍCULO III.

FOLICULITIS VULVAR.

§ I.—Causas.

El doctor Huguier (1), que ha estudiado con particular atencion las enfermedades de los órganos genitales internos de la mujer, ha designado con el nombre de *foliculitis vulvar* á una afeccion que no debe confundirse con la anterior, puesto que no reside en los folículos de la vulva, sino mas bien en los folículos sebáceos y pilosos. Esta enfermedad no es mas que la inflamacion de estos folículos, y merece conocerse, porque, como advierte el doctor Huguier, si no se la sabe distinguir bien se corre riesgo de confundirla con la sífilis, confusion cuya gravedad creemos innecesario señalar.

§ II.—Causas.

Las *mujeres morenas* ó *rubias*, *linfáticas* y *escrufulosas* son las mas predispuestas á esta enfermedad, que aparece expecialmente durante la preñez.

Entre las causas ocasionales hallamos las *grandes fatigas*, la *falta de limpieza* y los *pediculi pubis*, que producen la afeccion por los rozamientos que provocan: se debe notar tambien todo lo que irrite la vulva, y así pueden ser tambien causa las fricciones hechas con pomadas irritantes, y las diversas erupciones que pueden residir en esta parte.

§ III.—Síntomas.

Huguier describe tres periodos. *En el primero* hay *prurito*, un poco de *tumefaccion*, *rubincudez* ligera y unas pequeñas elevaciones de color rojo mas subido, diseminadas, numerosas, redondeadas ó estrelladas, que penetran en el espesor de la piel, donde se percibe la resistencia, que ponen rugosas la superficies, y que ocupan los

(1) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1850, t. XV, p. 527, con láminas).

folículos sebáceos ó los bulbos pilíferos. Estas elevaciones solo duelen cuando se las irrita por frotaciones ó cuando hay aglomeracion de folículos inflamatorios, y en este último caso se manifiesta el dolor cuando se toca la parte enferma. Al mismo tiempo hay un *aumento de secrecion*, y un olor fuerte del fluido segregado.

En el *segundo período* los folículos supuran, aumentan de volúmen y forman tumorcitos mas rojos en la base que en la punta; un poco mas tarde se pone blanco el vértice, y el tumor foliculoso toma el aspecto de una pústula.

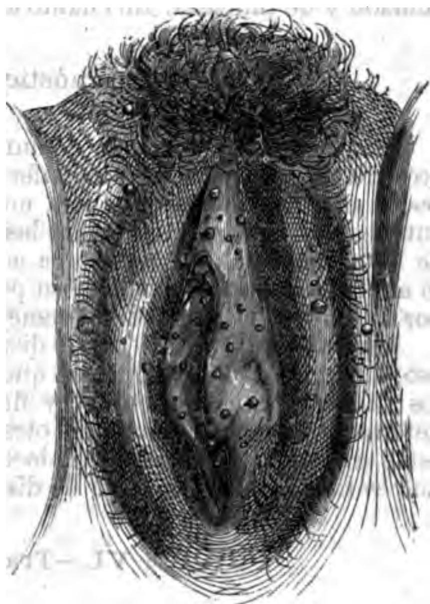


Fig. 1.—Foliculitis vulvar. (Huguier, *Mém. de l'Acad.*, t. XV.)

El calor, el prurito y el dolor aumenta; por lo comun se rasgan las pústulas con las uñas ó por frotaciones, sale el pus al exterior y el folículo presenta una aberturita de 1 á 2 milímetros.

En las mujeres que no tienen gran limpieza, tiene la vulva en este momento un aspecto repugnante: los pelos están unidos á otros por medio de una sustancia pegajosa y agrisada, hay una mezcla de costras, de materia purulenta, de restos de epidermis y de papilas levantadas, escoriaciones, una evacuacion de pus que puede ser bastante abundante para llegar hasta los muslos, y finalmente estas partes exhalan un olor de lo mas fétido.

En el *tercer período*, al que el doctor Huguier da el nombre de período de declinacion ó de *desecacion*, la mucosa y la piel se ponen pálidas, solo hay una simple picazon, los folículos disminuyen de volúmen, se forman costritas, y á veces la materia purulenta se concreta en los folículos y sostiene en ellos una inflamacion subaguda, que en algunos casos vuelve á recobrar su agudeza; otras los folículos se vacian, desaparece la inflamacion, y por último, se cicatrizan las escoriaciones y las úlceras. Por lo comun esta enfermedad se complica con *eritema*, con *ectima*, y mas rara vez con *edema*, *erisipela*, *herpes* y *abscesos de las ninfas*: suele haber con bastante frecuencia *leucorrea* ó una *blenorragia sifilítica*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Al exponer los síntomas en su órden de aparicion, hemos trazado el *curso* de la enfermedad. Su *duracion* varía mucho segun los cuidados higiénicos que observan las enfermas. La duracion del *segundo periodo* es la que principalmente puede prolongarse por la falta de cuidado y de limpieza. En cuanto á la *terminacion*, nunca es funesta.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico*, es por lo comun posible para todo el que tenga presente la existencia de esta enfermedad; pero sin embargo, se necesita una grande atencion para no confundirla con otras afecciones cutáneas, y principalmente con las sifilíticas. El *herpes* se distingue de la enfermedad que nos ocupa por sus vesículas, y el *ectima* por lo ancho de sus pústulas, por su posicion más superficial, y tambien por la existencia de pústulas semejantes en otras partes del cuerpo.

Los síntomas sifilíticos se distinguen en que es muy raro que estén limitados á la vulva, en que las úlceras son mas profundas y los tubérculos mas extensos, y finalmente, en que por lo regular determinan otros síntomas en otras partes del cuerpo. A pesar de estas diferencias, conviene el doctor Huguier en que hay casos en que es inmensa la dificultad de distinguirlas.

§ VI.—Tratamiento.

El *tratamiento* es muy sencillo. Se empieza por averiguar si la enfermedad depende de una irritacion cualquiera, que se hace cesar pronto.

En seguida se encarga la limpieza, que se lave con frecuencia la mujer las partes con *cocimientos emolientes* tibios ó casi frios, ó bien con cocimientos ligeramente *narcóticos*, como los de *cabezas de adormideras*, de lechuga, etc.; se prescriben los *baños de asiento* simples ó emoliontes, y se mandan untar las partes con *manteca de cacao*, *aceite de almendras dulces*, etc.

Estos medios, unidos á un régimen suave y á la quietud, triunfan por lo comun de esta enfermedad. A veces hay que añadir algunas *lociones astringentes (cocimiento de ratania, de rosas rojas*, etc.).

Cuando la enfermedad es mas rebelde, se *cauterizan* ligeramente las partes, ya sea con una ligera solucion de *nitrato de plata*, ó con una solucion dilatada del *nitrato ácido de mercurio*, ó bien pasando ligeramente el *lápiz de nitrato de plata* por encima de las escoriaciones.

Oldham (1) recomienda las aplicaciones calmantes y sobre todo una untura con un linimento calmante con ácido cianhídrico:

Aceite de coco...........	60 gram.	Biacetato de plomo..	1 grano 25 centíg.
Acido cianhídrico.......	8 gram.		

Se tendrá cuidado de lavar primero las partes con agua de rosas, y despues se aplicará el linimento por medio de hilas empapadas dos ó tres veces al dia.

Tambien puede emplearse con ventaja una locion con agua de cal y opio, ó bien una cataplasma con miga de pan saturada con cocimiento de hojas de cicuta y extracto de Saturno (2).

ARTÍCULO IV.

VULVITIS SEUDOMEMBRANOSA.

Bretonneau hace mencion de esta afeccion y aun ha citado algunos ejemplos. Esta enfermedad solo aparece en los casos en que la difteritis ha invadido otros puntos del cuerpo, y en particular la boca; se la puede considerar como una afeccion secundaria, y por consiguiente no tiene para nosotros un grande interés.

La difteritis vulvar se observa casi siempre en epidemias de *estomatitis seudomembranosa*; acomete á las *niñas*, y cuando se presenta se hallan por lo comun falsas membranas en otras muchas partes del cuerpo, como las orejas, la nariz y las superficies de los vejigatorios.

Es raro que se extienda á mas allá de la vulva, aunque sin embargo, puede ocupar la uretra y la vagina. «No tengo noticia, dice Velpeau, de que nunca haya penetrado hasta el cuello del útero, ni de que desde la vulva se haya propagado al recto.»

§ I.—Síntomas.

Los síntomas son: el *dolor*, la *tumefaccion* por lo comun no muy considerable, la aparicion de una falsa membrana semejante á la que invade la boca (véase el artículo *Estomatitis seudomembranosa)*, y la evacuacion de una materia saniosa. «Llegando á la uretra, *pudiera* ocasionar una verdadera *iscuria*, y cuando menos debe causar comezon y dolores intensos en el momento de la emision de la orina.» (Velpeau).

Los *síntomas generales* son los mismos que en la estomatitis seudomembranosa, bajo cuya dependencia se desarrollan ordinariamente.

(1) Oldham, *Medic. Gazzette*, 15 de Mayo de 1846 *(Ranking's abstrac.*, vol. IV, p. 305).

(2) Fl. Churchill, *Traité prat. des malad. des femmes*, trad. sur la 5.ª édit., par A. Wieland et J. Dubrisay. Paris, 1866, p. 72.

§ II.—Diagnóstico.

Pudiera confundirse la vulvitis seudomembranosa con la *vulvitis gangrenosa*, de que diremos cuatro palabras en el artículo siguiente; pero sirven para fijar el *diagnóstico* el modo cómo se forma la falsa membrana, que primero presenta placas de un color blanco agrisado que se extiende con rápidez, la desproporcion que existe entre la gravedad aparente de la enfermedad y la tumefaccion de las partes, y mas todavía la caida de pedazos seudomembranosos que son pronto reemplazados por otros de nueva formacion.

Respecto á los demás puntos, en nada se diferencia esta afeccion de lo que ya hemos dado á conocer al hablar de la difteritis bucal.

§ III.—Tratamiento.

Los medios puestos en uso son los mismos indicados en el artículo de la estomatitis seudomembranosa. Lo mismo que para la difteritis en general, no convienen las emisiones sanguíneas, el régimen debilitante, ni los tópicos emolientes. El modo de librar pronto á las enfermas de las producciones seudomembranosas es tocar estas con *alumbre en polvo*, con una *solucion concentrada de la misma sustancia*, con el *nitrato de plata* sólido ó en solucion, con el *ácido hidroclórico* mas ó menos dilatado en miel, ó tambien con los *cloruros de sodio* ó de *calcio*. Luego que se haya logrado contener la inflamacion folicular á beneficio de estos medios enérgicos, se los sustituye con ventaja por las *lociones emolientes* ó *detersivas* y los *baños de asiento*. (Velpeau).

Cuando tratemos de las enfermedades de la vagina, nos ocuparemos de otra forma de inflamacion seudomembranosa.

ARTÍCULO V.

VULVITIS GANGRENOSA.

§ I.—Definicion.

La gangrena de la vulva se halla casi en el mismo caso que las afecciones anteriores, es decir, que por lo comun no ha sido estudiada de un modo especial. Rilliet y Barthez (1) se limitan á decir algunas palabras acerca de ella en su artículo sobre la *gangrena de la*

(1) Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*, 2.ª edit. Paris, 1853, t. II, p. 442.

piel expontánea y difusa. Richter (1) ha hablado igualmente de esta enfermedad en una Memoria respecto á las diversas especies de gangrena que aparecen en los niños; pero solo ha presentado algunas consideraciones que se refieren exclusivamente á la gangrena de la vulva.

§ II.—Causas.

La gangrena de la vulva ¿puede desarrollarse expontáneamente en un sugeto no deteriorado por enfermedades anteriores ó actualmente existentes? Tal es la primera cuestion que hay que presentar, y que por desgracia no tenemos documentos positivos que la puedan resolver. Segun Richter, no hay duda alguna de que así sucede; pero este autor se contenta con afirmar lo que hubiera debido demostrar con ejemplos. Rilliet y Barthez nunca han observado hechos de este género, ni nosotros los hemos hallado en los demás autores que se han ocupado de las afecciones de la infancia.

Sea como quiera, esta gangrena aparece en la mayoría inmensa de casos en niñas débiles, deterioradas ó actualmente enfermas. Las afecciones en que se observa son las *fiebres eruptivas*, viruelas, escarlatina y sarampion, expecialmente en épocas de epidemia, en la *fiebre tifoidea*, y en las demás enfermedades caracterizadas por un movimiento febril intenso.

La gangrena de la vulva puede presentarse en todas las épocas de la infancia, pero segun Richter, se manifiesta principalmente del segundo al tercer año y del sexto al décimo. Seria necesario que estas aserciones estuviesen confirmadas por nuevos hechos.

Se han citado tambien como causas de la enfermedad la *constitucion* débil, el *temperamento linfático*, la *alimentacion* mala é insuficiente, y el *habitar* en un sitio frio, húmedo y mal ventilado. Nada mas admisible que estas causas, pero seria de desear que hechos numerosos y bien analizados viniesen á disipar todas las dudas que existen acerca de este punto.

Por último, se han indicado como *causas ocasionales* la *falta de limpieza* y de cuidados de toda especie.

§ III.—Síntomas.

Cuando á consecuencia de otras enfermedades, ha caido la niña en una debilidad general, experimenta al cabo de un tiempo mas ó menos largo *abatimiento*, *cefalalgia*, *náuseas*, *enorexia*, y hasta en los casos en que las niñas son de constitucion muy delicada *una fie-*

(1) Richter, *Sur la gangrène des enfants, etc.*, dans le *Journal l'Expérience*, t. II, 1838.

bre ligera. A estos accidentes sigue pronto un *dolor urente* en las partes genitales, y la aparicion en la cara interna de los labios mayores, y de las ninfas de una *mancha* circunscrita y de color rojo bajo, como tambien la formacion de un *infarto* muy duro que invade todas las partes inmediatas hasta el monte de Vénus. La *escrecion de la orina* es dolorosa, y el dolor contínuo que de ella resulta escita á las enfermas á rascarse, y á veces, á las que son ya de mas edad, á entregarse á la masturbacion.

A los dos ó tres dias las paredes internas de los labios mayores y los tejidos inmediatos toman un *tinte gris, ceniciento;* estas manchas están circunscritas y limitadas por un *círculo rojo*, todas las partes inmediatas se ponen tumefactas, de un color rojo pálido, y se va aumentando cada vez mas su temperatura.

En los casos en que no se consigue detener el curso de la enfermedad, el *color gris de las manchas pasa á negro,* y la gangrena se extiende por una parte al periné y por otra hasta la comisura superior de la vulva. La excrecion de la orina se hace cada vez mas difícil, y hasta *se suprime* enteramente.

El *pulso* es pequeño y frecuente, se retraen las *facciones*, aparece la *diarrea colicuativa* y *sucumben* las niñas de *repente*, despues de haber llegado la extenuacion á su mas alto grado, y por lo comun *sin que sobrevenga ningun trastorno* en las funciones intelectuales.

A veces se verifica una secrecion de *sanies pútrida* y *fétida* que cubre las partes inmediatas, y en otros casos se *endurece la escara* y las enfermas la arrancan á pedazos.

Mas cuando se ha logrado detener la destruccion, como he tenido ocasion de observarlo, se forma una línea de demarcacion sobre el círculo rojo, la inflamacion aumenta alrededor de ella, se encoje la escara y se verifica su *separacion* por medio de la secrecion de un *pus*, que cada vez va siendo mas laudable.

Terminada esta eliminacion, la vulva, que todavía se halla tumefacta y tersa, presenta una *escavacion* en forma de embudo correspondiente á la pérdida de sustancia que resulta de la destruccion de la pared interna de los labios mayores, de las ninfas y hasta del orificio de la vagina.

Sin embargo, segun que las porciones esfaceladas se van desprendiendo, así disminuye la tumefaccion, y la excavacion pierde en la misma proporcion en extension y profundidad. Entonces es cuando se observa con sorpresa la rapidez con que han sido *completamente reemplazados* los tejidos destruidos, una parte por granulacion y otra por la contraccion de los tejidos circunvecinos.

La *cicatrizacion* avanza con rapidez, como en el *cáncer acuoso*, y sin que quede deformidad considerable. Nunca he visto la adherencia de las paredes de la vagina entre sí á consecuencia de esta afeccion, aun cuando hubiese sido destruido el himen; sin embargo, no debe ser imposible este accidente. Underwood dice que ha observado en

niñas ya grandes una *blenorragia* abundante que duró mucho tiempo (Richter).

Es probable que muchas veces se haya tomado la *vulvitis seudo-membranosa*, anteriormente descrita por una verdadera gangrena; pero este error no puede suponerse en el doctor Richter, porque la descripcion que se acaba de leer solo puede referirse á una gangrena bien caracterizada.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Lebert (1) ha visto aumentarse gradualmente la extension de esta afeccion, y ocupar casi todo el espesor de los grandes labios, presentando los caractéres mixtos de la gangrena seca y del esfacelo: la ha observado marchar hasta una terminacion fatal, sin que hubiese podido detenerla ni aun la cauterizacion con el hierro enrojecido; otras veces se desprende la escara sobreviniendo la curacion, aunque determinando grandes deformidades... En un caso citado por Rilliet y Barthez, observado en una niña de tres años y medio, las partes genitales externas habian sido completamente destruidas por la gangrena, que se extendia por arriba hasta 27 milímetros del púbis, por delante hasta los vasos femorales, por debajo hasta el tercio superior del muslo derecho y un cuarto del izquierdo, y por detrás hasta el borde posterior del ano. Todas las partes gangrenadas estaban negras ó pardas y secas. La mortificacion habia disecado los músculos del muslo puestos en parte al descubierto, pero no gangrenados; la diseccion de los músculos se extendia hasta las ramas del púbis, aun cartilaginosas. Toda la extension de la vulva estaba destruida, pero respetada la vagina. El ano en su contorno gangrenado y las dos escavaciones isquiorenales contenian detritus putrilaginoso. Los vasos femorales, safenas, pudendas externas, estaban sanas. En las observaciones referidas por Isnard la anatomía patológica es análoga á la de la observacion anterior, solo que la gangrena era mas profunda y húmeda; las partes próximas infartadas de líquidos; la mortificacion alcanzaba los músculos y se extendia al interior de la vagina y de la uretra (Lebert).

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, en fólio. Paris, 1860, t. II, p. 419.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

Signos distintivos de la vulvitis gangrenosa y de la vulvitis seudomembranosa.

VULVITIS GANGRENOSA.	VULVITIS SEUDOMEMBRANOSA.
Manchas grises, que se extienden con rapidez á los tejidos circunvecinos, y que *toman* al cabo de algunos dias *un tinte negro*.	*Chapas* seudomembranosas, blanquecinas y agrisadas, *que no toman el tinte negro*.
Tumefaccion *considerable* y *dureza* de los tejidos invadidos.	Tumefaccion poco *considerable*, tejidos invadidos *blandos* ó poco resistentes.
Cuando se desprenden los tejidos esfacelados, no *son reemplazados por otras capas alteradas*.	Por lo comun caida de pedazos seudomembranosos, *reemplazados por otros nuevos*.
A veces se seca la mancha gangrenosa.	*No se secan* las manchas.
Despues de la caida de las escaras, *pérdida de sustancia considerable*.	Despues del desprendimiento de las falsas membranas, *no hay pérdida de sustancia* apreciable.

Pronóstico.—La gravedad del pronóstico, que es muy grande, consiste menos en la lesion misma, que en la causa que la ha producido, y en el estado general en que se halla la enferma.

§ VI.—Tratamiento.

La mayor parte de los medios indicados en el artículo *Estomatitis gangrenosa* son aplicables á la gangrena de la vulva. Así se han recomendado el *cloruro de cal* en polvo, la cauterizacion con el *nitrato de plata* al principio de la enfermedad, y el uso de los cáusticos mas enérgicos, como la *potasa* y el *cloruro de antimonio*. Pero es preferible con mucho, dice Velpeau, el *hierro enrojecido;* estos son casos de no andar con contemplaciones, y de separar á un lado toda consideracion, porque es una cuestion de vida ó muerte para la niña.

«Así, pues, se debe quemar profundamente todo cuanto se encuentre con un cauterio enrojecido hasta el blanco, dirigiéndole todo alrededor de la placa gangrenada, entre lo muerto y lo vivo, de modo que se escave profundamente la gangrena. Con semejante remedio, mas imponente que doloroso ó peligroso en el fondo, se detiene el mal casi constantemente y desde el primer dia. Desde entonces ya solo hay que tratar una verdadera quemadura, que despues de la eliminacion de las escaras, se limpia, se modifica y se cicatriza á beneficio de los tópicos apropiados y conocidos.

»No deben ensayarse en esta enfermedad las compresas é hilas empapadas en ácido nítrico dilatado, ni tampoco los demás ácidos, ya

minerales, ya vegetales, á no ser en casos sumamente ligeros, pues hay demasiado peligro en contemporizar para no recurrir inmediatamente al único remedio eficaz, el hierro enrojecido.

»En cuanto á la especie de supuracion de la superficie de la vulva, que precede á veces á la gangrena, y que despues de todo es quizá siempre independiente de ella, se triunfa con facilidad y muy pronto en las niñas á beneficio de uno de los tópicos siguientes:

R. Calomelanos al vapor. 4 gramos. | Agua de malvabisco..... 120 gramos.

Mézclese. Se usa en lociones.

»O bien:

R. Calomelanos..... 2 á 4 gramos. | Manteca fresca........... 30 gramos.

Mézclese. Se usa en unturas.»

Apenas creemos necesario advertir que este tratamiento solo puede ser verdaderamente eficaz en los casos en que se ha mejorado el estado general, ya sea expontáneamente, ó ya á beneficio de los memedios terapéuticos que se han empleado. Cuando la enfermedad se presenta, por ejemplo, en el curso de una fiebre eruptiva, de la calentura tifoidea, etc., no hay duda que debemos ocuparnos con atencion del estado local que puede aumentar la gravedad de la afeccion general; pero mientras que esta permanezca en todo su vigor, debemos temer los progresos de una enfermedad cuya causa continúa siempre persistente.

ARTICULO VI.

NEVRALGIA DE LA VULVA.

Varios autores han hablado de un dolor muy intenso de la vulva, que existe sin que haya ninguna lesion aparente que pueda explicarle, y en estos últimos años se ha atribuido este estado doloroso á una nevralgia. En efecto, la falta completa de toda lesion, la intensidad de los dolores y sus paroxismos, no permiten dudar que la afeccion es de naturaleza nevrálgica; pero lo que convendria saber es si la vulva es la única parte afectada, ó si el dolor tiene su orígen á su mayor altura, es decir, en los nervios lumbares, con lo cual corresponderia la descripcion de esta enfermedad á la de la *nevralgia lumboabdominal*. En mi *Tratado de las nevralgias* he citado un hecho (obs. 44, p. 459), en el que no podia caber ninguna duda acerca de este punto, y desde entonces he observado otros parecidos. Es lástima que los autores no hayan fijado su atencion en este punto, y no nos proporcionen documentos exactos para resolver la cuestion.

[illegible] corrisima exten- [illegible] nervio [illegible] pueda resi- [illegible]

[illegible]

[illegible] aparece principal- [illegible] en las [illegible] pasar la edad [illegible] de sus ane- [illegible] por preci- [illegible] la enferme- [illegible]

[illegible]

[illegible] *dolor*, que es [illegible] menos [illegible] que inde- [illegible] *intermitentes*. En [illegible] superficial. [illegible] hasta por [illegible] para [illegible] *padecimiento* [illegible] suce- [illegible] el [illegible] en los nervios [illegible] es lastima [illegible] que han [illegible] que las neuralgias [illegible] un solo lado [illegible] a la vez

§ III.—Lesiones anatómicas.

Como ya queda dicho, la parte afectada no presenta por lo comun ninguna lesion aparente; pero segun Velpeau no es muy raro verla coincidir con una rubicundez ligera, un tinte rosado evidentemente patológico y una exudacion blanquecina de la vagina. ¿Qué relacion de causa ó efecto hay entre esta ligera irritacion de la vulva y el dolor tan intenso de que acabamos de hablar? Es difícil decirlo en el estado actual de la ciencia; sin embargo, si recordamos lo que sucede en las demás nevralgias, es lícito creer que no es la irritacion la que da orígen al dolor nervioso, sino que, por el contrario, este es la causa primitiva de la rubicundez y de la pequeña evacuacion de que acabamos de hablar. Que se examine, por ejemplo, lo que pasa en ciertos casos de *nevralgia trifacial*, y se verá que primero aparece el dolor sin ninguna alteracion de las fosas nasales, de la boca ni de los ojos, y que despues, aumentando la nevralgia de intensidad, el ojo se pone rubicundo y lagrimoso, hay primero ardor en la fosa nasal del lado afectado, salida de mucosidades, calor en la boca, ligero tialismo y hasta tumefaccion del carrillo, y lo que prueba completamente que todo esto depende del dolor nervioso, es que pasando el acceso todas estas irritaciones locales se disipan inmediatamente despues de la desaparicion del dolor. Fácilmente se concibe que otro tanto puede suceder en la vulva. W. de Scanzoni es de igual opinion.

§ IV.—Tratamiento.

La nevrosis ó nevralgia de la vulva cede por lo comun, á los mismos medios que el *prurito* y el *eczema*. Cuando se resiste y han sido inútiles los *antiespasmódicos* y hasta los *opiados* administrados al interior, he obtenido buenos efectos de la *introduccion en la vagina de mechas untadas en cuerpos grasos*, mechas que se van haciendo de cada vez mas voluminosas, y que se untan al principio con *cerato opiado*, luego con *cerato de Saturno* y despues con *pomada de precipitado*, que se introducen por medio de un porta-mechas comun y deben renovarse dos veces al dia. Además, se asocia á ellas el uso de *inyecciones* y *lociones* primeramente *emolientes* y *narcóticas*, en seguida *detersivas*, y finalmente, con los *calomelanos desleidos en agua*, ó una solucion muy ligera de *sublimado* (véase *Prurito de la vulva*). Despues de oponerse vivamente las mujeres en el principio á este tratamiento, se acostumbran pronto á él si el cirujano no se deja seducir por un temor anticipado. Entonces no tarda en calmarse y hasta en desaparecer la sensibilad en todas las partes, en ser posibles las relaciones conyugales, y en animarse de tal modo las enfermas, que pronto concluyen por creerse enteramente curadas. Pudiera modificarse tambien esta sensibilidad excesiva tocando las partes en que

reside con el *nitrato de plata sólido*, ó bien haciendo lociones con una *solucion un poco concentrada de esta sustancia*; pero como este medio puede ocasionar una inflamacion bastante intensa, no se debe emplear hasta el fin (Velpeau).

El principal medio que aconseja Velpeau no conviene en los casos en que la membrana himen está todavía intacta. Si atendemos á lo que sucede en los casos ordinarios de dermalgia, nos inclinaremos á admitir que la aplicacion de un *vejigatorio* sobre el labio mayor, pudiera tener grandes ventajas en la afeccion que nos ocupa; y respecto á los inconvenientes de este medio aplicado en dicho punto, no pueden constituir una verdadera contraindicacion, cuando el dolor es muy intenso, que es el caso mas frecuente. En el que he citado antes de ahora han producido un gran alivio las *inyecciones* de agua con la adicion de unas veinte gotas de *cloroformo*; pero no se debe pasar de esta dósis, porque el cloroformo usado en proporcion excesiva irrita mucho las mucosas.

Como no hablaremos ni de la nevralgia, ni del prurito de la vagina, indicaremos los principales medios de tratamiento empleados en estos casos, y que convienen tambien á la nevralgia, de que nos ocupamos. Cuando la sensacion de calor en la vagina y en la vulva es muy intensa, se emplean con éxito las *emisiones sanguíneas locales*, los *baños de asiento* y las *inyecciones de agua templada*. Para combatir la hiperestesia se aplica sobre las paredes vaginales ó en la vulva, por medio de un pincel, un *linimento de cloroformo* compuesto de este modo:

R. Cloroformo .... 2 gram. | Aceite de almendras dulces. 30 gram

El *alumbre* debe colocarse en segunda línea; se emplea en forma de polvo mezclado con partes iguales de azúcar pulverizada, por medio de una bola de algodon que se deja permanecer durante seis ó doce horas, y despues de sacarla se lava la vagina con la siguiente solucion aluminosa.

R. Alumbre........... 30 gram. | Agua.................. 500 gram.

Despues de doce horas se repite el procedimiento, y se continúa con regularidad por una semana. Si despues de este tiempo no ha desaparecido el mal ó á lo menos disminuido mucho, se espolvoreará el algodon con alumbre puro, lo que provocará una sensacion dolorosa de calor y constriccion; sin embargo, su accion es bastante segura. Si aun no se produce el efecto deseado, se verificará la cauterizacion de la vagina con el nitrato de plata sólido. Gran número de prácticos recomiendan el empleo interno de los *narcóticos*; los ensayos verificados no han sido muy satisfactorios. Las aplicaciones de una solucion de *creosota* ó de *bórax* sobre las partes enfermas tienen accion poco segura. Scholz (de Breslau) recomienda el empleo del *caladium sequinum*, despues de haberle ensayado en gran número de

casos; merece tomarse en consideracion este medicamento, porque si al principio no nos inspiraba gran confianza, los experimentos verificados nos han producido buenos resultados repetidas veces. (Scanzoni).

ARTÍCULO VII.

PRURITO DE LA VULVA.

§ I.—Causas.

Las *causas* del prurito vulvar son muy variables y oscuras por lo comun, el producto de secrecion de las glándulas sebáceas, cuando se deja acumular en la region, sobre todo en la úlcera sifilítica, la existencia de una erupcion local, eczema, líquen ó prurigo (1), constituyen las causas ocasionales mas comunmente apreciables del prurito.

Dervees ha indicado la existencia de la inflamacion aftosa local en ciertos casos, y Davis refiere una observacion en la que, atribuyendo el prurito á la abundancia de pelos, produjo la curacion por medio de una pomada depilatoria de cal viva (2).

Cuando no se aprecia ninguna causa local, debe investigarse el orígen de la sensacion del prurito, y aunque sea muy marcada en la vulva, Blundell cree que el asiento de la enfermedad es sobre todo la mucosa uterina (3), y sabido es, que en una época avanzada de la vida, se observa prurito vulvar en alto grado en ciertas enfermedades del útero y de la vejiga. Fl. Churchill (4), que refiere igual hecho, cree que esta sensacion penosa depende sobre todo de cierto grado de inflamacion de la vagina, sobre todo en la parte superior, y aun en el cuello del útero, lo que puede comprobarse con el éxito obtenido con la aplicacion de remedios sobre estas partes.

Tambien se ha indicado la influencia de la existencia de los vermes oscuros en la parte inferior del recto, ó solamente de un estreñimento pertinaz.

Cuando se observa el prurito vulvar en una embarazada, se debe tener en cuenta independientemente de las circunstancias precedentes, bajo el punto de vista etiológico, el estado de congestion activo del útero.

(1) Tournié, *Union médicale*, 16 Enero, 1851.
(2) Davis, *Obstetric medicine* vol. I, p. 35.
(3) Blundell, *Diseases of Women*, p. 276.
(4) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. sur la 5.ª edic. par A. Wieland et J. Dubrisay. Paris, 1866, p. 56.

§ II.—Síntomas.

Toda la enfermedad consiste en un solo *síntoma*, el *prurito*, cuya intensidad varía de un momento á otro, y que ligero á veces, se hace de repente tan excesivo, que las mujeres que le padecen pasan los mayores trabajos para no rascarse ni frotarse, y á veces no pueden resistir el hacerlo.

Esta picazon excita ordinariamente los deseos venéreos y provoca tocamientos que son con frecuencia el orígen de hábitos perniciosos; Velpeau cita hasta la *ninfomanía* como consecuencia de este síntoma incómodo. Con frecuencia el prurito impide el sueño por la noche, de lo que puede resultar un estado manifiesto de irritacion general. Si se examina la parte enferma que no se percibe en ella, como ya hemos dicho, ninguna alteracion.

§ III.—Tratamiento.

Siendo la enfermedad enteramente local, se trata de combatirla por medio de tópicos, y asi se han prescrito, por ejemplo, las *lociones aluminosas* segun la fórmula siguiente:

R. Agua de cebada.... 500 gram. | Alumbre .... 4 gram.

Mézclese. Se hacen lociones tres ó cuatro veces al dia.

Hemos visto en el artículo precedente que Scanzoni eleva mucho mas la dósis del alumbre en una afeccion muy análoga la nevralgia vulvar.

Se ha aconsejado tambien el *sub-borato de sosa* que se emplea del mismo modo y en la proporcion siguiente:

R. Borato de sosa.... 4 á 8 gram. | Agua comun.............. 30 gram.

Mézclese.

Meigs (1) recomienda la fórmula siguiente:

R. Biborato de sosa.... 15 gram. | Sulfato de morfina....... 30 centígr.
Agua de rosas.. ... 120 gram. |

Disuélvase y háganse muchas lociones al dia.

Tambien se pueden prescribir las lociones con el *agua de cal*, ó bien con el *cloruro de cal* en la forma siguiente:

R. Cloruro de cal. 20 á 30 centígr. | Agua comun............. 30 gram.

Disuélvase.

(1) **Meigs, *Females and their Diseases*, p. 78.**

Del mismo modo que se emplean el *cloruro de sódio* y las *sales de potasa*, en particular el *subcarbonato*, en proporciones que todo el mundo conoce.

Resta una aplicacion tópica de que conviene hacer mencion, porque se ha elogiado mucho su eficacia; hablamos de la *solucion del sublimado corrosivo*. Hé aquí como Trousseau (1) aconseja usar este medicamento: «Se prepara, dice, una solucion de 10 partes de *bicloruro de mercurio* en 100 partes de alcohol, y la enferma pone una *cucharada de café de esta solucion en un litro de agua muy caliente*, que se emplea para *inyecciones* y *lociones*. Insistimos en la necesidad de que el agua esté caliente, y no sin motivo, porque en efecto, es notable que las soluciones de sublimado obran con mucha menos eficacia cuando el agua está fria que siendo muy elevada la temperatura de la solucion, y hasta no es raro que la medicacion sea enteramente ineficaz mientras se hace uso del agua fria.»

Tournié (2) cita nueve enfermas curadas por los *calomelanos* asociados al alcanfor, del modo siguiente:

R. Calomelanos,..... 2 á 3 gram. | Manteca.................. 30 gram.

Mézclese. Con esta pomada se hacen fricciones dos veces al dia sobre los puntos enfermos espolvoreándolos despues con la siguiente mezcla:

Alcanfor pulverizado..... Una parte. | Almidon............. Cuatro partes.

En las tres cuartas partes de los casos, el prurito estaba acompañado de erupcion (3 veces liquenes, 2 prurigos, 1 eczema).

Se han recomendado los *baños frios* y los de *mar*, y segun Velpeau, si la enfermedad se resiste á los tópicos que acabámos de indicar, se deberian tocar superficialmente todas las superficies enfermas con el *nitrato de plata sólido*; pero añade que este medio, sin ser violento, debe sin embargo, reservarse únicamente para los casos molestos y rebeldes que atormentan por mucho tiempo á las mujeres.

Winternitz (3) ha empleado con éxito en dos casos fomentos con una solucion de 15 centígramos de *nitrato de plata* en 30 gramos de agua, repetidos cinco veces al dia. En uno de los dos casos de prurito estaba ligado á un psoriasis difuso.

A. Cazenave (4) emplea la siguiente pomada:

R. Manteca........... 30 gramos. | Éter clorhídrico clorado..... 2 gram.

Mézclese. Para untura.

(1) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 7.ª edic. Paris, 1862, t. I, pág. 252.

(2) Tournié, *loc. cit.*

(3) Winternitz, *Annales de Roulers*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1.º Febrero, 1852.

(4) Cazenave, *Annales des maladies de la peau*, Noviembre, 1850.

El ácido cianhídrico diluido (Thompson) ó una emulsion de almendras amargas, constituye una locion calmante. (Fl. Churchill.)

Cuando la sensacion de prurito reconoce un orígen profundo, extraño á la vulva, sobre todo durante el embarazo ó en edad avanzada, aconseja Fl. Churchill proceder primero á una exploracion minuciosa para lograr tratar la enfermedad en su orígen. Refiere un caso, en el que pudo lograr un alivio inmediato despues de la cauterizacion con el nitrato de plata, y aconseja con el mismo objeto la inyeccion de una solucion de nitrato de plata (1 gramo por 150), inyecciones astringentes ó solo de agua caliente.

Cuando sobreviene el prurito despues del parto, se usarán solamente inyecciones de agua y leche calientes hasta la tercera semana (Fl. Churchill).

Las enfermas deberán evitar todo lo posible el rascarse.

No insistiremos mas en las enfermedades de la vulva, de las que, sin embargo, podrian darse algunos mas detalles por lo frecuentemente que se presentan á los prácticos. Del trombus de la vulva y de la vagina nos ocuparemos mas adelante.

En cuanto al *estiomene de la vulva* y al *acné vulvar* se encontrará su descripcion entre las enfermedades de la piel en los artículos *Lupus* y *Acné*.

CAPÍTULO II.

Enfermedades de la vagina.

Si se exceptúan la *blenorragia* y las *úlceras sifilíticas primitivas* de la vagina, pocas afecciones nos quedan que pertenezcan á la patologia interna. Así, pues, solo trataremos aquí ligeramente de la *vaginitis simple*, de la *vaginitis granulosa*, de la *vaginitis diftérica* y de los *tumores sanguíneos*.

ARTÍCULO PRIMERO.

HEMORRAGIA DE LA VAGINA.

§ I.—Definicion.

Algunos hechos, referidos los principales por Gendrin (1), Dugés y Madama Boivin (2), prueban que puede exhalarse una cantidad

(1) Gendrin, *Traité philos. de médecine pratique*. Paris, 1839, t. II, p. 10.
(2) Mlle. Boivin, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1835, tomo II, p. 627,

bastante notable de sangre por la superficie de la vagina; pero estas hemorragias no son tan considerables que hagan temer por la vida de la enferma. Sin embargo, se concibe que puedan aumentar mucho su abundancia y hacerse grave la enfermedad, de modo que es preciso estar prevenido acerca de la posibilidad de este hecho.

En el caso que refieren Duges y Boivin, tomado de la señora Lachapelle, el flujo de sangre estaba acompañado de un dolor bastante intenso, pero no es esto lo que sucede por lo comun.

§ II.—Diagnóstico.

Pudiera confundirse esta hemorragia con una *hematuria*, porque se encuentra la sangre mezclada con la orina; pero si se introduce una sonda en la vejiga, se ve que esta sale clara, y ya no hay motivo de error. Además, se reconoce el punto de donde procede la sangre por medio del espéculum, y examinando la vagina inmediatamente despues de haberla limpiado con una inyeccion, la sangre rezuma por lo comun de su parte superior. En los casos que cita Gendrin, coincidia la hemorragia vaginal con un flujo de sangre por el útero; y se veia salir este líquido á la vez de toda la superficie del hocico de tenca y de la parte superior de la vagina.

§ III.—Tratamiento.

Si la pérdida de sangre fuese tan abundante y de tal duracion que llegase á dar cuidado, se deberia emplear contra ellas los medios aconsejados en las demás hemorragias, y principalmente para la *epixtasis* (véase t. I.), pues el tratamiento de la hemorragia vaginal no ofrece nada de particular. Se hará expecialmente uso de las *inyecciones frias* y *astringentes*, si fuese preciso se recurrirá al *taponamiento*, cuya aplicacion seria necesariamente en tales casos sumamente fácil y eficaz.

ARTÍCULO II.

VAGINITIS SIMPLE AGUDA.

Si está demostrado que nada hay en las lesiones, en los síntomas ni en el curso de la enfermedad que pueda hacer distinguir una vaginitis venérea de una vaginitis simple, solo nos quedan que decir cuatro palabras acerca de las *causas* que pueden producir esta última, causas cuyo conocimiento es lo único que puede servir de base al juicio del médico.

§ I.—Causas.

Las *causas* son todas las irritaciones violentas ó de larga duracion que ejercen su accion sobre la vagina, y como es raro que causas de esta naturaleza obren con bastante intensidad sobre las paredes de la vagina, de aquí resulta que la vaginitis simple aguda, la vaginitis no venérea, es una afeccion sumamente rara, mucho mas aun que la vulvitis de la misma naturaleza, por la sencilla razon de que la vulva es casi la única expuesta á estas violencias, y que aun en los casos en que alcanzan á la vagina, esta evita mas fácilmente su accion por ser mucho mas extensible. De todas las irritaciones producidas en la vagina, no hay ninguna que dé orígen con mas frecuencia á una vaginitis de alguna intensidad que la introduccion de *pesarios*, y sobre todo la larga permanencia de estos cuerpos extraños en este conducto.

§ II.—Síntomas.

Los *síntomas* son los mismos que los de la blenorragia, solo que generalmente se admite que en igualdad de circunstancias son menos intensos, y la enfermedad tiene menos *duracion*.

§ III.—Tratamiento.

La afeccion cede con mas facilidad á medios sencillos, tales como los *emolientes*, los *baños* y un *régimen suave*; sin embargo, este punto exige todavía nuevas investigaciones que no deben descuidarse. Por lo demás, cuando llega á adquirir cierto grado de intensidad, se hace uso de los mismos medios que se emplean contra la blenorragia.

En gran número de casos ha producido buen resultado el empleo del glicerolado siguiente:

R. Glicerina.............. 80 gram. | Tanino............... 20 gram.

Para embeber tapones de hilas que se mantienen en la vagina. (Demarquay, A. Richard).

ARTÍCULO III.

VAGINITIS CRÓNICA.—VAGINITIS GRANULOSA.

Nada de particular tenemos que decir acerca de la *vaginitis crónica simple;* la vaginitis granulosa, solo presenta algunas particularidades importantes.

Vaginitis granulosa.—Ya Ricord habia indicado bajo el nombre de *sorelytria* (véase el artículo *Blenorragia en la mujer*) la existencia de granulaciones en las paredes de la vagina en el curso de la blenorragia. (1) Blatin y Nivet han hecho igualmente mencion de ellas, pero unas y otras eran solo indicaciones vagas. Por el contrario, Deville ha trazado de un modo completo la descripcion de esta forma de vaginitis crónica (2).

§ I.—Definicion y sinonimia.

La *vaginitis granulosa* es una enfermedad de la vagina de forma esencialmente crónica que aparece en las embarazadas, aunque puede existir tambien en las demás mujeres, caracterizada por el desarrollo en la vagina de granulaciones rojas, en general bastante voluminosas, indolentes, unas veces dispersas y aisladas, y otras que es casi lo comun, confluentes, que ocupan ó una parte limitada ó la totalidad de la vagina desde las carúnculas mirtiformes hasta el cuello uterino, al que invaden tambien á veces, y acompañadas de un flujo vaginal purulento, abundante y mas ó menos verdoso. Estas granulaciones parecen idénticas á las que existen con bastante frecuencia de un modo aislado en el cuello del útero, y que Duges y Boivin llaman *metritis* granulosa, solo que en la vagina adquieren ordinariamente mayor volúmen. (Deville).

§ II.—Causas.

Son muy oscuras, y lo mas exacto que ha hallado Deville es que entre las mujeres que ha observado, las *embarazadas* estaban en la proporcion de dos terceras partes próximamente, y que al menos en la mayor parte de los casos, la afeccion no tenia nada de siticfilío.

§ III.—Síntomas.

La vaginitis granulosa es *indolente* y solo á veces se observa algun prurito ó comezon; pero la facilidad con que se disipan estos síntomas á beneficio de la quietud y de las lociones simples prueba que si el andar, el cansancio y la falta de limpieza bastan para producirlas, no por èso se los debe considerar como pertenecientes á la enfermedad.

Nunca falta el *flujo*, y la materia segregada es por lo comun abundante, aunque esta abundancia varía notablemente segun los casos. Esta secrecion no es viscosa, es bastante espesa, se acerca á la consistencia cremosa, y tiene un color amarillo verdoso. Cuando

(1) Véase tomo IV, cap. VI, art. II, BLENORRAGIA EN LA MUJER.
(2) Deville, *De la vaginite granuleuse (Arch. génér. de méd.*, Julio y Agosto 1844).

aparece esta vaginitis en mujeres que ya padecian flores blancas, se conoce la invasion por este aspecto del flujo.

Si se examina la vagina con el *speculum*, se notan en su superficie «unas elevaciones pequeñas rojizas ó de color rojo subido, y cuyo diámetro varía entre medio y dos milímetros ($^1/_4$ á una línea próximamente). Por lo comun tienen una figura de una semiesfera adherida por su base; pero á veces adquieren un desarrollo mucho mayor, se prolongan y toman la forma de cilindros pequeños... La vaginitis presenta entonces el grado mas alto á que puede llegar.» (Deville).

Estas granulaciones suelen ser muy numerosas en toda la vagina, y hasta pueden invadir el cuello del útero. Nunca Deville ha observado que se ulcerasen.

Pueden percibirse por medio del *tacto*. «El dedo introducido en la vagina se desliza entre dos paredes duras, rugosas, ásperas..., sensacion que solo se experimenta en los casos de vaginitis granulosa.» (Deville).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La enfermedad sigue un *curso* tan sumamente crónico, que las mujeres que padecen flores blancas no se apercibirian de su aparicion si no fuese por los cambios en los caractéres del flujo, de que hemos hablado antes de ahora.

La *duracion* de la enfermedad se halla limitada en algunos casos por el parto; pero en otras no hace este desaparecer la vaginitis que se ha desarrollado bajo la influencia de la preñez, y desde entonces su *duracion* es ilimitada.

Esta afeccion solo desaparece expontáneamente en los casos en que termina con el parto; pero á beneficio de un tratamiento apropiado su *terminacion* es prontamente feliz.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* no ofrece verdaderas dificultades siempre que se pueda proceder al exámen directo. ¿Se podria decir, en vista solo de los caractéres de la evacuacion, si la enfermedad es una vaginitis granulosa, ó bien un catarro uterino, una vaginitis simple, ó en una palabra, uno de los demás estados descritos bajo el nombre genérico de *flujos*, *flores blancas* y *leucorrea?* No lo creemos, porque si bien es verdad que Deville ha indicado los diversos matices de estas secreciones morbosas, lo ha hecho examinando las mujeres con el espéculum, y entonces basta la existencia de estas granulaciones para fijar el diagnóstico, que solo tendria un verdadero valor si se le pudiese formar sin este exámen directo, en cuyas circunstancias, repetimos, no nos parece posible.

Pronóstico.—El pronóstico no es grave en el sentido de que la enfermedad puede no alterar la salud general, y que cede fácilmente al tratamiento. Pero si el flujo es abundante, y si persiste, puede dar orígen á ciertos síntomas gástricos que expondremos en el artículo *Leucorrea*, síntomas que pueden llegar á hacerse muy graves, porque no manifestando tendencia la enfermedad á curarse expontáneamente, es una causa permanente de trastornos digestivos.

Para los autores que creen que la vaginitis mas simple puede comunicar una blenorragia, no es dudoso que la que nos ocupa pueda producir el mismo resultado, y así se halla formalmente expresado en la Memoria de Deville, pero sin que de ningun modo esté demostrado. Para que pudiésemos decidirnos acerca de este punto, seria necesario que se citasen observaciones, y aun así habria que distinguir. La vaginitis granulosa sucede á veces á una verdadera blenorragia, ó mejor dicho, no es mas que esta misma blenorragia que ha pasado al estado crónico, en cuyo caso nadie duda que puede verificarse el contagio; pero ¿sucederá lo mismo en aquellos casos en que se halle bien probado que esta vaginitis se desarrolló expontáneamente? Es lícito dudarlo.

Se ignora cuál es el *asiento anatómico* exacto de las granulaciones que forman el carácter principal de esta enfermedad. Deville ha acumulado varios argumentos que tienden á probar que estas granulaciones solo ocupan los folículos.

Lebert (1) hace notar que ya Giraldés y Kolliker habian establecido que no habia glándulas en la vagina; y participa de la opinion de Deville, Mandl y Kiwisch, que consideran las granulaciones como una hipertrofia papilliforme de una multitud de puntos de la vagina. Becquerel cree, sin embargo, en la existencia de estas glándulas (2).

§ VI.—Tratamiento.

Los medios que se emplean contra esta afeccion no se diferencian de los que se usan en la *blenorrea* en la mujer. En todos los casos que refiere Deville han obtenido un éxito completo las inyecciones con una *solucion de nitrato de plata*, y hé aquí cómo se deben practicar segun este autor.

R. Nitrato de plata cristalizado 5 centígram. | Agua destilada......... 30 gram.

Disuélvase.

«Para hacer una inyeccion, se colocan las mujeres sentadas ó en cuclillas, y empiezan por hacer á todo lo largo de la vagina una *in-*

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1860, t. II, p. 416.

(2) Alfred Becquerel, *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860, t. II, p. 70.

yeccion de agua tibia para expeler en cuanto sea posible la materia del flujo, y en seguida inyectan sucesivamente dos jeringas vaginales ordinarias llenas con la solucion fria de nitrato de plata. Nadie ignora que la jeringa para esto debe ser de cristal.»

Estas inyecciones se hacen por mañana y noche, y además deben tomar las enfermas un *baño* general cada cuatro dias próximamente, y con frecuencia *baños de asiento*. Se las encargará que usen la mayor limpieza y un *régimen analéptico*, pero no escitante. (Véase la fórmula del glicerolado de tanino recomendado por Demarquay y Richard).

ARTÍCULO IV.

VAGINITINIS DIFTÉRICA.

Aunque la inflamacion diftérica de la vulva haya sido, si no descrita, á lo menos indicada por los autores, no se encuentra en el mismo caso la de la vagina. Cuando se ha hecho alguna indicacion de ella ha sido solamente para considerarla como una simple localizacion de la difteria general y como una dependencia del crup. Esto es cierto en la mayoría de los casos, pero hay otros en que la afeccion es puramente local, ya constituyendo una lesion primitiva, ya dando lugar á una complicacion.

§ I.—Frecuencia y causas.

La inflamacion diftérica ó crupal de la mucosa vaginal es muy rara, existiendo por sí sola como afeccion primitiva. La hemos observado á consecuencia de lesiones traumáticas, como las verificadas durante el ejercicio violento y muy frecuente del cóito; algunas veces hemos visto tambien la leucorrea vaginal convertirse en una verdadera inflamacion seudomembranosa. Pero en la mayoría de los casos la afeccion es secundaria, y no se desarrolla en el curso de ciertas enfermedades de los órganos íntimamente relacionados con la vagina. Tal es lo que sucede, por ejemplo, en las degeneraciones cancerosas del útero, que producen un flujo abundante y corrosivo, en las fístulas véxico y útero-vaginales, en las que la presencia de las orinas en contacto con la mucosa vaginal determina irritacion permanente, etc. Lo mismo sucede cuando los pólipos voluminosos del útero salen á la vagina, se ulceran y segregan un pus sanioso; en una palabra, cuando una afeccion cualquiera de los órganos genitales produce un flujo abundante y corrosivo, cuyo contacto irrite la mucosa vaginal. Otras veces la difteria vaginal es producida por la presencia de un cuerpo extraño, como un pesario muy duro ó en putrefaccion por su larga permanencia. En fin, esta afeccion es con frecuencia un síntoma de una enfermedad constitucional, y no es raro observarla durante el curso de las metritis, peritonitis, puohemias

puerperales, en los últimos períodos de la fiebre tifoidea, de la disentería (1); la hemos visto muchas veces declararse durante el curso de exantemas agudos, expecialmente de la viruela y sarampion.

§ II.—Síntomas.

La difteria vaginal puede extenderse á toda la superficie de la mucosa, ó bien, lo que es mas frecuente, limitarse á ciertas partes, siendo el tercio inferior del órgano el que se afecta con mas constancia é intensidad. La parte inflamada se pone roja y á veces de color escarlata, y se cubre de una capa mas ó menos espesa de una exudacion membranosa amarilla ó rojiza, muy adherente por lo comun; cuando se separa esta, la parte puesta al descubierto sangra con facilidad. En los puntos en que la mucosa no está cubierta aparecen sus papilas con la forma de puntos mas pronunciadas y muy bien circunscritos. La temperatura de la vagina es muy elevada, y la sensibilidad aumentada considerablemente; es asiento de contracciones espasmódicas excesivamente dolorosas. En el período mas culminante de la enfermedad, disminuye la secrecion mucosa; mas tarde, despues de la caida de las membranas, vuelve á ser muy abundante, produciéndose una leucorrea moco-purulenta. En ciertos casos hay por algunos dias un ligero flujo sanguíneo ó sanguinolento, lo que sucede sobre todo cuando la enfermedad se declara un poco antes de las reglas. No es raro que se modifiquen estas por la vaginitis. Las hemos visto á veces suprimirse repentinamente, mientras que otras ocasiones se hicieron tan notablemente abundantes, que constituyeron una menorragia. Con frecuencia la difteritis vaginal se extiende á los órganos inmediatos, uretra, vejiga, matriz y aun al recto y al peritoneo, en los que se ven aparecer fenómenos propios de estas inflamaciones. Las difteritis parciales de la vagina, tales como se observan en las fístulas véxico-vaginales, en el curso del cáncer del útero, etc., no van por lo comun acompañadas de movimiento febril bien pronunciado, al paso que casi nunca falta la fiebre cuando el mal es primitivo, si se desarrolla á consecuencia de una accion traumática, de una inflamacion blenorrágica, etc., y ataca las paredes vaginales en una extension considerable.

§ III.—Tratamiento.

La difteritis vaginal primitiva cede en general al cabo de poco tiempo á un tratamiento conveniente y aun á la observancia de un régimen dietético; lo mismo suele suceder cuando acompaña á las

(1) Lebert dice que ha observado alguna vez la vulvitis diftérica en el curso del cólera. Chavanne ha publicado (Tésis, Paris, 1851) una relacion interesante de *difteritis gangrenosas de las partes genitales*, manifestadas en recien paridas en el Hospital de la Caridad de Lion en 1850.

enfermedades constitucionales que hemos enumerado; pero cuando reconoce por causa una fístula, una enfermedad uterina que mantiene en contacto constante con las paredes vaginales un líquido corrosivo, constituye un padecimiento de los mas pertinaces, y que resiste á todos los medios que se le aplican. Es cierto que se logra con frecuencia moderarla por algun tiempo, merced á los minuciosos cuidados de la limpieza, pero vuelve siempre á su antigua intensidad cuando cesan ó solo se descuidan estas prácticas. En estos casos no es raro ver formarse en la mucosa ulceraciones seguidas de profundas pérdidas de sustancia, que pueden mas tarde por su cicatrizacion producir estrecheces del conducto vaginal. Sin embargo, la terminacion mas frecuente es el paso al catarro crónico, que se observa casi siempre que la vaginitis seudomembranosa no se ha tratado convenientemente, ó que la enferma antes de su curacion ha cometido alguna infraccion del régimen. Es inútil añadir la consideracion que merecen bajo el punto de vista del pronóstico las complicaciones que hemos mencionado (uretritis, cistitis, peritonitis, etc.).

Las diversas formas de la difteria vaginal primitiva que hemos distinguido anteriormente, demandan en general, segun sus causas, un tratamiento antiflogístico. Aunque en nuestros dias no puede un médico razonable tener la idea de combatir esta enfermedad con éxito por medio de sangrías generales, no por eso cuando la intensidad de los dolores, la violencia de la fiebre y el peligro de la trasmision de la enfermedad á los órganos inmediatos, dejará de estar bien indicada una emision sanguínea local. El modo mas conveniente de practicarla es por medio de seis á ocho sanguijuelas aplicadas en la cara interna de los grandes labios; cuando circunstancias expeciales no permitan esta aplicacion, la mejor de todas, se harán las emisiones sanguíneas en el periné en la porcion superior é interna de los muslos. La gran sensibilidad de las paredes vaginales no permite la introduccion del espéculum y la aplicacion de las sanguijuelas en la misma vagina. Aparte de las emisiones sanguíneas, las inyecciones, los baños generales ó parciales templados, fomentos emolientes sobre el hipogástrio, prestarán buenos servicios contra los dolores, las contracciones convulsivas de la vagina ceden pronto con el auxilio de un enema con opio ó belladona, cuya accion astringente se vencerá administrando algunos dias seguidos un ligero purgante. Desde que disminuya la sensibilidad vaginal, que baja la temperatura, que cesa la secura de la mucosa, que rara vez falta desde los primeros dias, reemplazándose por un flujo puriforme, se pensará en inyecciones intravaginales, con una solucion un poco concentrada de nitrato de plata. Si la leucorrea no cede, se recurrirá á los diversos medios de que nos hemos ocupado al hablar del catarro crónico. En cuanto al régimen que debe observarse, prescribiremos reposo absoluto, tanto moral como físico, ausencia de toda bebida ó alimento excitante, cuyas condiciones son indispensables para la curacion.

Las inflamaciones secundarias demandan ante todo la eliminacion de las causas que la producen. No podrá, por ejemplo, esperarse buen resultado del tratamiento mientras no se extirpe el pólipo ulcerado, se extraiga el pesario que irrita la vagina ó se cierre la fístula. Mientras exista la causa se limitarán los cuidados á la limpieza, baños templados, de asiento, inyecciones de agua, de cocimiento de manzanilla, de té verde, de solucion de cloruro de cal, etc. Estas últimas expecialmente útiles cuando el flujo es sanioso y fétido. Cuando se declara la vaginitis membranosa durante el curso de enfermedades generales que hemos indicado, solo tienen una importancia secundaria, y desaparecen con frecuencia con la misma enfermedad que lo ha producido; se tendrá, sin embargo, cuidado de mantener la vagina en el estado mayor de limpieza. Suele quedar con alguna frecuencia una leucorrea crónica, que trataremos siguiendo las reglas indicadas anteriormente (Scanzoni).

ARTÍCULO V.

TUMORES SANGUÍNEOS Ó TROMBUS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA.

Aunque esta enfermedad se estudia particularmente bajo el punto de vista de la gestacion y del parto, creemos importante decir algunas palabras de ella.

§ I.—Definicion y causas.

El sistema venoso y arterial, extremadamente rico, anejo á la vagina y á las partes genitales externas, está sometido á congestiones frecuentes por dos órdenes de causas, la menstruacion y el embarazo. Unas veces la congestion es puramente activa, y la replecion de los vasos es fácil por la misma laxitud del tejido celular, otras veces determina un estado pasivo producido por obstáculo en la circulacion de retroceso. Estas dos formas de congestion se traducen en algunas mujeres por el estado varicoso de las venas profundas y las pequeñas venas superficiales. Se concibe bien que estas venas, estando distendidas, forzadas y aun adelgazadas, pueden romperse expontáneamente ó bajo la influencia de una violencia exterior, del mismo modo que las venas varicosas de los miembros inferiores. De aquí las hemorragias mas ó menos considerables en el expesor de los tejidos de la vulva ó en las paredes de la vagina. La existencia de las varices predisponiendo al trombus no es, sin embargo, una condicion necesaria al desarrollo del trombus (1). Se han indicado tambien entre las

(1) P. Dubois, citado por Laborie (*Histoire des thrombus de la vulve et du vagin*. Paris, 1830).

causas predisponentes (1), el volúmen excesivo del útero, las estrecheces de la pélvis, de la vulva ó de la vagina, el primer parto y el empobrecimiento de la sangre (?).

Entre las causas determinantes se ha notado la expulsion demasiado rápida del feto con esfuerzos considerables; el volúmen excesivo de la cabeza del feto; las maniobras necesarias para la aplicacion del forceps ó para la version; las violencias exteriores obrando con frecuencia por contragolpe; por último, las exploraciones vaginales muy frecuentes ó ejecutadas con rudeza ó imprudencia (2).

En los casos de trombus durante el parto es evidente, como lo hace notar Deneux (3), que la cabeza del feto obre como un cuerpo contundente sobre las paredes de la vagina y de la vulva. Lo mas frecuente «parece necesario la rotura de un vaso algo considerable, y en la mayoría de los casos, si no en todos, parece favorecida esta accion por el adelgazamiento de las paredes venosas, resultado de las varices. Puede determinarse ó por la distension que el feto ejerce en todas partes, ó por el acúmulo excesivo de sangre en las venas en el momento de la contraccion simultánea del útero y de los órganos abdominales». Pero independientemente de este mecanismo, adoptado por Cazeaux (4) y Blot (5), entre otros autores, y puede suceder que en ciertos casos la cabeza del feto haga sufrir á las paredes vaginales una expecie de deslizamiento sobre los tejidos inmediatos, lo que ha llegado á producir en un enfermo observado por Perret (6) el despegamiento de las paredes vaginales en una extension mas ó menos grande, pudiendo desgarrar los tabiques del tejido celular, y producir una cavidad mas ó menos espaciosa.

§ II.—Frecuencia.

El trombus de la vulva y de la vagina es ciertamente raro. Deneux solo ha recogido cuatro ejemplos en una práctica de cuarenta años. Hervez de Chegoin solo vió un solo caso en veinte años. Sin embargo, Velpeau posee treinta casos que le son propios, y dice haber observado otros seis en el curso de solo un año. Blot (7) cree que existe en la apreciacion de la frecuencia causas de error, primero por-

(1) Vauclin, tésis inaugural. Paris, 1858, n.° 21.—F. Perret, *Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement*, tésis inaugural. Paris, 1864.

(2) Delius, *Amœnitates medicæ decas quinta*, p. 394.—Siebenhaar, *Observationes de tumore vaginæ sanguineo ex partu oborto*. Leipzig, p. 21.

(3) Deneux, *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*. Paris, 1830.

(4) Cazeaux, *Gazette médico-chirurg.*, Febrero, 1846, p. 65, y *Traité de l'art des accouchements*. 6.ª edicion, Paris, 1862, p. 613.

(5) H. Blot, *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement*, tésis de agregacion. Paris, 1853.

(6) Perret, tésis citada, p. 25.

(7) H. Blot, *loc. cit.*

que pueden desconocerse los tumores de escaso volúmen, y tambien porque puede confundirse el trombus con otra afeccion, como la gangrena de la vulva. Vauclin (1) distingue la frecuencia relativa del *sitio* y la frecuencia relativa de la *época de aparicion;* en el primer concepto los tumores sanguíneos son mas frecuentes en la vulva que en la vagina; bajo el segundo son mas comunes durante el parto y el puerperio que en el embarazo. En fin, Perret ha podido observar por sí mismo dos casos, refiriendo otros dos que le fueron comunicados por Guéniot y por Bouchaud.

Otra division debe hacerse además entre estos diversos casos; mas como ha demostrado Velpeau (2), pueden presentarse fuera de la gestacion; otros reunidos la mayor parte en un trabajo general debido á Bernutz y Goupil (3), estaban ligados á un embarazo extrauterino; otros, por último, se han observado por Deneux, Hervez de Chégoin, Blot y algunos otros autores, y mas recientemente por F. Perret, en mujeres cuyo embarazo era normal ó que habian parido.

La mayoría de las causas indicadas por los autores pertenecen expecialmente al último grupo. En cuanto á las de los trombus producidos en las mujeres no embarazadas, pueden ser muy diversos, dependiendo casi siempre de una violencia exterior. En un caso observado por Velpeau en una jóven de catorce años apenas puber, fué producido por un conato de violacion; otras veces dependió de un puntapié ó de un golpe contra la punta de una mesa, etc. «Una de las causas mas frecuentes es el abuso del cóito;» así es que se observa con frecuencia en las mujeres públicas y en las recien casadas. La naturaleza de estas causas hace comprender la posibilidad de la existencia concomitante de una herida exterior.

§ III.—Caractéres anatómicos.

El trombus se manifiesta con mas frecuencia en la vulva que en la vagina, y mas en el lado izquierdo que en el derecho segun opinion de Boër. Se produce algunas veces, aunque escasas, en los pequeños labios. Su sitio mas habitual es la parte posterior é interna de los grandes labios, formando salida el tumor por este lado. La infiltracion sanguínea no es siempre limitada porque se les ha visto extenderse á todas las partes de la vulva, el contorno del ano, y la parte anterior del abdómen.

En el interior de la vagina el tumor es mas circunscrito; ocupa de preferencia las partes laterales, rara vez la posterior, y casi nunca la anterior.

No es raro ver un tumor ocupar á la vez la vagina y la vulva.

(1) Vauclin, *loc. cit.*

(2) A. Velpeau, *Dict. de méd.* en 30 vol., t. XXX, art. VULVE.

(3) Bernutz et Goupil, *Cliniq. médic. sur les maladies des femmes*, t. I, p. 509; París, 1860.

Se encuentra algunas veces el labio anterior del cuello uterino infiltrado de sangre á causa de un parto laborioso, y sin embargo no se ha incluido esta lesion entre las que estudiamos.

«El volúmen de los tumores formados por el trombus vulvo-vaginal, varía desde el de una almendra, ó el de un huevo de gallina hasta el de una cabeza de feto de término y aun mas, comunmente se nota como considerable.

»Pueden ocupar solo una parte de longitud del conducto vaginal; pueden extenderse en sentido trasversal, ó bien pueden alcanzar toda la altura de la vagina y aun pasar mas adelante. Segun sean mas ó menos voluminosos hacer mayor ó menor saliente en la cavidad vaginal ó rectal.

»La parte interna del trombus está formada por la pared vaginal á veces intacta ó solo rechazada hácia el conducto, presentando entonces su color normal ó bien un equímosis con coloracion oscura ó morada; con frecuencia se encuentra adelgazada, pero en un punto muy limitado por lo comun. Otras veces esta pared se desgarra en toda su extension, y el foco sanguíneo se encuentra ampliamente abierto. A veces la pared vaginal tiene un espesor considerable debido en gran parte á una infiltracion serosa análoga á la que se produce en los grandes labios.

»En cuanto al estado de los vasos, al nivel del trombus, las aserciones de los autores están disidentes: Boër cree difícil el decidir si la sangre proviene de las venas ó de las arterias; Kronauer, Deneux, Blot, reconocen como causa la rotura de las venas; Laborie cree que la sangre está suministrada á la par por las venas y las arterias. Pero hasta ahora no han tenido estas opiniones demostracion evidente.» (F. Perret).

Perret, de cuyo trabajo hemos tomado los detalles que preceden, cree que el mejor medio de juzgar la cuestion, expecialmente á lo que conviene al valor etiológico de la rotura de las venas, es investigar si la sangre puede suministrarse por otros vasos. Con este objeto en el cadáver de una mujer que habia sucumbido de un trombus practicó una inyeccion de agua por la vena femoral, y vió salir el líquido por la superficie del foco por el que salia en forma de cascada. Lo mismo sucedió con una inyeccion verificada por la arteria ilíaca primitiva; la inyeccion no salia por ningun grueso tronco vascular, no existia dilatacion apreciable de los vasos (1).

Cualquiera que sea el orígen vascular de un trombus, la sangre primero líquida puede concretarse y hacer sólido el tumor, á menos que una inflamacion supuratoria no le trasforme en *absceso sanguíneo*.

(1) F. Perret, tésis citada, p. 38.

§ IV.—Signos y síntomas.

El trombus que sobreviene fuera del parto es rara vez voluminoso; el de las mujeres paridas es ordinariamente considerable y puede adquirir la dimension de una cabeza de feto de todo tiempo. El tumor es por lo general circunscrito y se presenta bajo la forma de una «abolladura globulosa, esferoidal ó elíptica, de un tinte negruzco como carbonado.» (Velpeau). Sin embargo, el derrame puede ser difuso y entonces solo hay una tumefaccion pastosa extendida mas ó menos y á veces incolora.

Generalmente indolente, el tumor sanguíneo de la vulva es por lo comun blando vagamente fluctuante en el punto culminante especialmente en la region interna. El lado femoral ó pubiano es por lo comun muy denso, bastante resistente para hacer la fluctuacion dudosa en este sentido. Al comprimirle entre los dedos y atrayéndole hácia fuera, se nota bien su independencia del esqueleto, es decir, que puede moverse con el gran labio entero sobre el contorno del del estrecho inferior. Cuando con los caractéres que hemos expuesto, el tumor se desarrolla con rapidez, en el espacio de algunas horas, por ejemplo, es difícil el no hacer inmediatamente el diagnóstico. Un absceso, un quiste, cualquier otro tumor se desarrolla de un modo bien diferente, y se presenta bajo formas anatómicas tales, que la confusion es verdaderamente imposible (Velpeau).

El dolor es á veces muy intenso, sobre todo cuando el tumor está inmediato al periné; otras veces es indolente.

Fáciles son de comprender los trastornos que pueda producir el tumor por su volúmen en los órganos inmediatos, así puede dificultar las funciones del recto, de la vejiga, etc., segun el sitio que ocupe. Tambien puede oponerse á la salida de los loquios aun á la terminacion del parto.

El tumor no tiene siempre el color azulado ó morado, lo que depende de su profundidad.

§ V.—Curso, duracion, complicaciones y terminacion.

Esta afeccion no va acompañada de fiebre sino por la complicacion inflamatoria. Tiende á la resolucion expontánea como todos los derrames sanguíneos en él, á pesar de los tejidos, y la absorcion es tanto mas rápida cuanto el tumor sea menos voluminoso. La porcion sólida de la sangre puede trasformarse, dar lugar á tumores persistentes, cuya naturaleza es difícil conocer despues si se ignora la existencia anterior de un trombus. Tambien puede el tumor ser el punto de partida de un quiste seroso.

Complicaciones y terminaciones.—Bastará indicar: la *hemorragia* por rotura de las paredes, la *retencion de orina* ó de las *materias*

fecales; los *obstáculos al parto*, la *retencion de las secundinas* ó de los *loquios*, las *convulsiones*, la *inflamacion del peritoneo* (Vauclin). En fin, la conversion del tumor en *absceso sanguíneo*, la *gangrena*, y la formacion de *fístulas recto-vaginales* son á la vez complicaciones y terminaciones del padecimiento.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Los caractéres del tumor, las circunstancias en que sobreviene, la rapidez de la invasion dan al diagnóstico tal facilidad, que seria inútil insistir. Sin embargo, el trombus que sobreviene en las mujeres no embarazadas, puede no observarse por el médico sino mucho tiempo despues de su formacion, y cuando el dolor y la molestia del tumor ó alguna complicacion obligan á la enferma á hablar de un mal que hubiera querido ocultar. No podrá tenerse duda sino entre los tumores varicosos, flemones, hernias vaginales, tumores de la vulva ó de las paredes de la vagina, y la gangrena de la vulva.

Pronóstico.—En general, el trombus de la vulva es grave en las embarazadas. Deneux ha anotado veinte casos de muerte en sesenta y dos casos reunidos por él. Blot dice que de diez y nueve mujeres murieron cinco.

Vauclin hace observar que esta terminacion funesta reconoce por causa, primero las hemorragias, y despues la supuracion y la gangrena.

La magnitud del tumor, como fácilmente se comprende, entra por mucho en la gravedad del pronóstico.

Dadas del mismo modo todas las circunstancias, el tumor de la vagina es mas grave que el de la vulva por las siguientes razones: el tumor puede quedar mucho tiempo desconocido y producir complicaciones que no han podido preveerse; si se abre las hemorragias son abundantes y difíciles de cohibir; en fin, los loquios pueden penetrar en su cavidad y producir la gangrena. (Siebenhar, citado por Vauclin).

Hay un peligro además de la muerte, y es la posibilidad de la formacion de una fístula recto vaginal, y casi siempre la muerte del feto durante el trabajo.

Velpeau dice que el pronóstico es menos grave que le han considerado los autores, pero comprendiendo en su estudio los trombus que se producen en las no embarazadas.

§ VII.—Tratamiento.

En los casos exentos de complicacion, ya sea el tumor grande ó pequeño, conviene esperar la resolucion expontánea y solo emplear los medios aconsejados en las contusiones, quietud y resolutivos locales. En los primeros dias se debe, segun Velpeau, aplicar compre-

sas empapadas en una solucion de *acetato de plomo*, y mas tarde en una solucion de *clorhidrato de amoniaco*. Si hay mucho dolor, puede añadirse *láudano*.

Cuando el tumor persiste mas de quince ó veinte dias, cree Velpeau que se forma un quiste que hace imposible la resolucion del tumor. Propone tambien el *aplastamiento simple del tumor* ó el *aplastamiento con puncion prévia:* se introduce en el tumor una especie de *dardo*, con el que se desgarran las paredes del saco profundamente y con amplitud, á fin de favorecer la dispersion de la sangre cuando se llega al tumor. Esta operacion debe ir seguida de compresion.

Si el tumor precede al parto no hay lugar de proceder al aplastamiento, es necesario incindir el tumor y vaciarle de la sangre líquida ó de los coágulos que contenga.

No insistiremos en la cura que debe seguir á la incision y menos aun en el tratamiento necesario en las complicaciones que hemos enumerado (Racle).

APÉNDICE.

LEUCORREA.

Antes de los progresos obtenidos por la anatomía, patología y el empleo del espéculum, todos los flujos no sanguíneos que se efectúan por la vulva, fuera del parto, recibian el nombre de *leucorrea* ó *flores blancas*, y se consideraban como resultado de una hipersecrecion esencial.; la leucorrea era una enfermedad á la manera de la broncorrea, la sialorrea, etc. El uso del espéculo y la anatomía patológica demostraron la coincidencia de estos flujos con lesiones de la vagina, del cuello del útero, y aun del cuerpo del órgano, y la leucorrea perdió el rango de enfermedad descendiendo al de síntoma. Sin embargo, no participan de esta opinion todos los autores, de modo que, en presencia de opiniones contradictorias, la opinion fluctúa con indecision. Pero esto depende de una mala interpretacion fácil de aclarar con algunas explicaciones.

Toda lesion de una membrana mucosa, se manifiesta por la perversion de su secrecion, y las afecciones de la mucosa útero-vaginal no se exceptúan de esta regla.

De este modo la leucorrea puede ser *sintomática* de todas las alteraciones de la mucosa genital; puede tambien con la *expresion sintomática* de afecciones mas profundas que ataquen al parénquima y los anejos del útero. Bajo este punto de vista, la leucorrea no es una enfermedad; pero hay casos muy numerosos en que la leucorrea constituye toda la enfermedad, es decir, que no se refiere á ninguna lesion anatómica permanente. Entonces puede decirse que el flujo es el resultado de una perversion de la circulacion ó de la inervacion de las partes en que se produce.

Como presenta numerosas dificultades, bajo el punto de vista del diagnóstico, creemos necesario establecer dos divisiones en los flujos no sanguíneos que se verifican por los órganos genitales de la mujer y distinguirlos en:

1.° *Leucorrea sintomática.*
2.° *Leucorrea idiopática.*

1.° LEUCORREA SINTOMÁTICA.

Cuando una mujer se queja de *pérdidas blancas*, es decir, de flujo no sanguíneo por los órganos genitales, el ánimo del médico se fija inmediatamente en la leucorrea asencial, idiopática, esto es, independiente de toda lesion anatómica, que es sin disputa, la expecie mas frecuente. Así suele no preocuparse del exámen de los órganos y fórmula desde luego el tratamiento. En la inmensa mayoría de los casos, se encontrará contrariado, y el tratamiento no producirá su efecto. Pero recordará los casos rebeldes, y procederá al reconocimiento que le hará arrepentirse de su precipitacion, adquiriendo la certeza de que el flujo reconocia una causa local que demandaba un tratamiento tópico.

Existen, pues, flujos que pueden ser considerados como leucorrea esencial y que solo son el síntoma de una afeccion de los órganos genitales.

Causas de los flujos sintomáticos.—Hay flujos que solo proceden de una *afeccion de la vulva.* Solo recordaremos la *vulvitis foliculosa* y la *foliculitis vulvar*, descritas en artículos precedentes. En el primer caso, se inquirirá si ha habido precedentemente una vulvo-vaginitis simple ó blenorrágica (véase tomo IV), y se reconocerá que la inflamacion se ha refugiado en los folículos del orificio vaginal y el contorno de la uretra; estos folículos se ponen rojos, duros, salientes, á veces ulcerados; la presion hace salir pus; un estilete fino puede penetrar hasta la profundidad de un centímetro. Si se trata de un foliculitis vulvar, residirá en las glándulas sebáceas y los folículos pilíferos del borde libre de la cara externa de los grandes labios; esta afeccion solo existe en las embarazadas de pelo castaño ó rubio. Si se encuentran estas lesiones, debe atribuirse su orígen al flujo que baña las partes genitales externas, á menos que no se descubran algunas lesiones en la vagina. Las *úlceras sifilíticas* producen tambien un flujo simplemente vulvar (véase tomo IV).

Lo mismo sucede en las *inflamaciones* y *abscesos de la glándula vulvo-vaginal.* Las *placas mucosas* son tambien una causa frecuente de secrecion moco-purulenta; su presencia en la vulva, en el ano, y sobre todo el olor fétido de la materia segregada facilitan el diagnóstico.

Las *enfermedades de la vagina* producen tambien flujos sintomáticos. Solo recordaremos la *vaginitis simple*, la *blenorragia aguda* y

crónica, la *vaginitis granulosa*, *diftérica*, y todas las *afecciones crónicas* de las paredes vaginales.

Entre las *afecciones del útero*, podemos indicar todas las *afecciones del cuello*, la *metritis catarral*, la *congestion uterina*, los *pólipos* y el *cáncer*, etc.

Caractéres de los flujos sintomáticos.— Cuando se trata de una lesion visible, el diagnóstico no presenta ninguna dificultad; pero no sucede lo mismo cuando la lesion corresponde al útero, porque puede desconocerse la lesion local y creer la existencia de una leucorrea idiopática.

En este caso conviene deducir el signo de la misma naturaleza del flujo. El lector encontrará en la tésis de Hédouin (1) detalles de gran importancia.

Es necesario, ante todo, hacerse cargo de la cantidad del flujo. Claro es que las proporciones del producto segregado están siempre en razon directa con la extension de la superficie segregante. De esto puede inferirse que un flujo muy abundante debe provenir, bien de la totalidad de la vagina, bien de la superficie vaginal y de la uterina simultáneamente. Una leucorrea poco abundante, por el contrario, tendrá sin duda su asiento únicamente en la cavidad uterina.

Un flujo mucoso-purulento, mezclado á veces con sangre, acompañado de dolores agudos en el bajo-vientre y de una reaccion febril intensa; mas alta en el apogeo de la enfermedad, disminuyendo en el decrecimiento, pertenece á la *metritis aguda*. Unas veces este flujo cesa completamente, si la resolucion es perfecta, y toma los caractéres de moco albuminoso, si la flegmasía persiste la forma crónica.

Una leucorrea poco abundante, formada de una materia glerosa, parecida á la clara de huevo, proviene siempre de la cavidad uterina y corresponde á una *metritis crónica interna*.

Las pérdidas moco-purulentas, blanquecinas ó lechosas proceden generalmente de la vagina é indican una *vaginitis*.

La leucorrea amarillo verdosa es producida las mas veces por la mucosa vaginal.

Sin embargo, la mucosa uterina exhala, en algunos casos, un moco-pus semejante al de la vagina, de modo que los flujos blancos y lechosos y los amarillo-verdosos, pueden ser así el signo de una metritis crónica interna, como de una vaginitis.

Toda materia leucorréica proviene de la cavidad uterina; la leucorrea vaginal es siempre ácida. El flujo misto, es segun las proporciones de la mezcla, alcalino, ácido ó neutro.

Cuando fuera de la época menstrual se encuentran estos flujos estriados de sangre, hace presumir alguna *granulacion* ó *ulceracion*,

(1) Hédouin. *Propositions sur les écoulements provenant des affections diverses des organes génitaux de la femme, etc.*, Paris, 1848.

sea del hocico de tenca, sea de la mucosa vaginal. Cuando está mezclada la sangre de mucha cantidad de moco-pus, es probable dependa de una metritis crónica complicadas de *fungosidades intra-uterinas*, *pólipos*, ó *cuerpos fibrosos*.

Un flujo sero-sanguinolento, comparable al agua enrojecida, abundante y contínuo es un signo casi cierto del cáncer incipiente.

Mas tarde, el cáncer se manifiesta por un flujo de una materia espesa, semilíquida, icorosa y fétida, mezcla de pus, de sangre y de tritus conceroso.

La mezcla de este detritus y la continuidad del flujo servirán para distinguir los materiales dependientes de una afeccion cancerosa, de los que por su permanencia mayor ó menor en el útero, en los casos de metritis crónica interna, complicada con estrechez del conducto uterino, adquieran olor y coloracion capaz de inducir á error,

La metritis parenquimatosa no produce una leucorrea particular. Las pérdidas blancas que acompañan habitualmente esta flegmasía, deben atribuirse, no á la inflamacion del tejido propio, sino mas bien á la de la mucosa uterina que casi siempre la complica.

La leucorrea que generalmente se observa en la histeralgia proviene, sea de una metritis ó de una vaginitis concomitante, ya sea ó por mayor actividad del movimiento circulatorio de la actividad funcional de la mucosa y de los folículos mucíparos, bajo la influencia de la irritacion morbosa del sistema nervioso uterino.

La leucorrea que se observa en ciertas lesiones orgánicas del útero, como las molas, los pólipos, cuerpos fibrosos, hidrómetra, etc., proceden de cierto grado de metritis que determina estas expecies de cuerpos extraños en la mucosa uterina, que irritan por su contínuo contacto.

El flujo blanco que con tanta frecuencia acompaña á las lesiones mecánicas de la matriz, y que muchos autores dudan en atribuirles, es resultado, no de la dislocacion, sino de la metritis que con frecuencia las complica.

La ovaritis y los flemones peri-uterinos no determinan leucorrea sino de un modo indirecto, esto es, provocando por via de contigüidad una flegmasía uterina. (Nonat.)

Estos caractéres darán á conocer la naturaleza de la afeccion de que es síntoma, el flujo y establecer el pronóstico. En cuanto al tratamiento, no nos ocupará, pues debe depender de la naturaleza de la causa.

2.° LEUCORREA IDIOPÁTICA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Para nosotros la *leucorrea idiopática* es un flujo de materia mucosa bastante abundante para incomodar á las enfermas, y sin alte-

racion apreciable de los órganos genitales. Vemos, pues, que no tan solo excluimos todos los casos en que existe una lesion, ya sea puramente inflamatoria ó ya ulcerosa, sino que tampoco admitimos como leucorrea mas que los flujos mucosos. En efecto, si la evacuacion fuese purulenta ó mucoso-purulenta, aun cuando la mucosa uterina y vaginal no presentasen ni aun rubicundez, seria preciso admitir la existencia de una vaginitis crónica; la enfermedad no seria ya entonces una simple leucorrea, porque la formacion del pus en la superficie de una mucosa envuelve la idea de una inflamacion. Todos los dias estamos viendo flujos mucoso-purulentos de la uretra que persisten despues del período inflamatorio intenso, sin que se descubran por la inspeccion los signos ordinarios de la inflamacion: calor rubicundez y tumefaccion, y, sin embargo, no se duda entonces en decir que hay una blenorragia crónica, es decir, una flegmasía crónica, y lo mismo debemos decir respecto á los flujos vaginales. Es verdad que es muy difícil fijar dónde empieza y dónde concluye la inflamacion, y sobre todo asegurar si en ciertos casos la materia del flujo contiene ó no pus en cierta proporcion, pues ya se concibe que el moco presente en su aspecto muchas gradaciones difíciles de caracterizar segun la mayor ó menor proporcion de los elementos que le componen; pero si esta dificultad existe en ciertos casos, que tal vez serán siempre dudosos, hay otros, como veremos mas adelante, en que los caractéres son muy marcados, y por consiguiente no es esta una razon para dejar que subsista una confusion perjudicial.

El flujo debe ser bastante abundante para incomodar á las mujeres, advertencia que ha hecho Marc de Espine (1), y que parecerá fundada si se considera que es necesaria la secrecion de moco para lubrificar las partes, y que mientras no excede de ciertos límites, es imposible decir si la mujer se halla ó no en las condiciones normales.

Son sumamente numerosas las denominaciones con que se ha designado á la leucorrea, y no podia suceder otra cosa: así se la ha descrito con los nombres de *fluxio alba*, *fluxio vulvæ*, *profluvium muliebre*, *fluor albus*, *menorrhagia alba*, *menorrhea*, *menstrua alba*, *blenorrhæa vaginæ*, *hysterorrhæa mucosa*, *flores*, *flores blancas*, *flujo blanco*, *etc.*; los ingleses le dan el nombre de *whites*, y los alemanes el de *weisser fluss*.

Frecuencia.—Segun se consideraba antiguamente, la leucorrea debia pasar necesariamente por una de las enfermedades mas frecuentes, si no la mas frecuente de todas, pues todos saben cuán grande es el número de mujeres que tienen flujos blancos, ya sean contínuos ó ya intermitentes, es decir, que aparecen en la época de las reglas. Pero si queremos consignar la *frecuencia* de la leucorrea tal como hace poco la hemos definido, hallamos que es infinitamente

(1) Mar d'Espine, *Recherches anatomiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée* (*Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. X, p. 160).

menos considerable, y que de las mujeres que presentan los diversos flujos que se han confundido bajo el nombre de leucorrea, son las menos las que tienen aquel á que damos nosotros esta denominacion. Al hablar de las causas indicaremos cuál es la frecuencia de la enfermedad segun las diversas circunstancias en que las enfermas se hallan colocadas.

§ II.—Causas y asiento de la enfermedad.

Solo presentaremos aquí las causas que corresponden expresamente á la leucorrea tal como la hemos considerado.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—Al hablar de la vaginitis y de la vulvitis hemos dicho que se observaba con bastante frecuencia en las niñas de poca edad, y hasta en las recien nacidas, un flujo mas ó menos espeso y abundante; pero despues de haber examinado los hechos, hemos creido que debíamos referir este flujo á la vaginitis, y sobre todo á la vulvitis provocada por diversas causas escitantes. En las observaciones que ha recogido Brierre de Boismont (1), hallamos que la afeccion á que debe darse el nombre de leucorrea no se ha presentado antes de la edad de ocho años, hecho que viene en apoyo de la distincion que antes de ahora hemos establecido.

No es raro que aparezca la leucorrea antes de la edad en que empieza la menstruacion. Blatin, Marc de Espine y Brierre de Boismont han hecho investigaciones estadísticas acerca de este punto, y segun el primero se han hallado en este caso 15 mujeres entre 135 ($^1/_9$); segun el ségundo, 26 mujeres de 53 (la mitad) presentaron la enfermedad antes de la primera época menstrual; y en los casos que ha recogido Brierre de Boismont la proporcion solo ha excedido *un poco de la cuarta parte*. Varían tanto estos resultados numéricos, que no es posible deducir de ellos una consecuencia exacta, y hay por precision que esperar á que se hagan investigaciones mas extensas. Lo que es una causa inevitable de la variacion de los resultados obtenidos, como lo ha hecho notar Marc de Espine, es que las observaciones no se han recogido en los mismos puntos, y que por consecuencia eran diferentes las influencias á que estaban sometidas las mujeres. Quizá deba añadirse á esta causa el que en cuestiones tan difíciles, un poco mas ó un poco menos de precision y severidad en el interrogatorio debe tener una gran influencia en el resultado.

Aparicion de la leucorrea durante y despues del período menstrual.—Blatin halla que 106 mujeres entre 135 (siete novenas partes) han presentado la leucorrea durante el período limitado por la primera menstruacion y la *edad crítica*, Espine halla tan solo 18 entre 53 (una tercera parte).

Temperamento.—Blatin, no pudo terminar la influencia del tem-

(1) Brierre de Boismont, *De la menstruation considérée dans ses rapports physiol. et pathologiques*, chap. XIII: *Des flueurs blanches*, *etc.* Paris, 1842.

peramento, porque hasta en las observaciones cuyas opiniones eran mas fijas, no halló datos bastantes acerca de este punto, y Espine, analizando los hechos, ha visto que el mayor número de las mujeres observadas en Paris tenian el pelo castaño y los ojos azules, que otras los tenian de colores mas oscuros, y que el número proporcional de estas mujeres se hallaba en proporcion directa con el que presenta la poblacion entera relativamente á los atributos del temperamento. Brierre de Boismont se contenta con decir que las dos terceras partes de las 63 niñas que han tenido la leucorrea antes de la menstruacion, «eran rubias, y habian nacido en ciudades de provincia ó en Paris,» y que «las del campo eran en general linfáticas ó escrofulosas;» pero añade, «habia algunas entre ellas cuya constitucion era robusta.»

Constitucion.—Marc de Espine ha visto predominar la constitucion robusta, y por el contrario, la opinion general es que la naturalmente débil ó debilitada por enfermedades anteriores, es la que mas predispone á la leucorrea.

Clima.—La Memoria de Marc de Espine contiene un dato importante acerca de la influencia del clima. Este autor ha comparado bajo este punto de vista sus observaciones con las que le ha comunicado un observador distinguido, el doctor Girad, de Marsella, y ha hallado que solo la tercera parte de las mujeres observadas en Paris no habian padecido nunca flores blancas, al paso que las tres cuartas partes de las mujeres interrogadas en Marsella se hallaban en esta condicion favorable. Seria de desear que se multiplicasen las investigaciones de este género, porque todo lo que pudiéramos sacar de la lectura de casi todos los autores, está reducido á que los climas frios y húmedos predisponen á la leucorrea.

Permanencia en las ciudades ó en el campo.—Está generalmente admitido que el vivir en las ciudades es favorable á la produccion de las flores blancas, al paso que el habitar en el campo se tiene casi como un preservativo. Brierre de Boismont, que ha recogido y analizado muchos hechos, ha confirmado con sus observaciones la opinion general; sin embargo, seria de desear que nuevos hechos nos ilustraran acerca de la parte de influencia que pueden tener las causas que se reunen por la permanencia en las ciudades, tales como la *vida sedentaria*, las *pasiones tristes*, el *abuso del cóito*, los *excesos en el régimen*, etc., circunstancias que todas se han citado, pero sin pruebas capaces de satisfacer á un espíritu severo.

Nada sabemos con exactitud acerca de la influencia de la *alimentacion habitual*, pues todo cuanto se ha dicho relativamente al uso de la leche, del té, y sobre todo del café con leche, etc., está fundado en conjeturas vagas, que pudieran muy bien ser otros tantos errores. Es verdad que algunos autores, y entre otros Lagneau (1) y

(1) Lagneau, *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1838, t. XVIII, art. LEUCORREA.

Lisfranc (1), en estos últimos tiempos, dicen que puede ocasionar ó suspenderse á voluntad la leucorrea, haciendo tomar á las mujeres café con leche, ó prohibiéndoles este alimento; pero no han dado los pormenores de estos experimentos, y hay demasiados motivos de error para que se puedan admitir estas aserciones como hechos demostrados.

Las mismas reflexiones son aplicables al *uso de vestidos demasiado apretados*, y sobre todo de los *corsés*, pues no se ha reflexionado que si el permanecer en las ciudades tiene una influencia positiva, nada mas natural que el que la padezcan principalmente las mujeres que gastan los vestidos de que estamos hablando, puesto que en las ciudades se viste por lo comun así.

¿Quién no conoce igualmente que no es posible llegar á saber la verdadera influencia de la predisposicion *hereditaria*, si no se atiende al mismo tiempo á las demás causas que han podido obrar, y si nos limitamos á preguntar á las mujeres si su madre habia padecido la misma indisposicion? No habiendo cuidado de tomar estas precauciones, no tenemos ningun dato exacto acerca de este punto.

2.° *Causas ocasionales.—Aparicion de las reglas.*—De las mujeres que padecen leucorrea, hay pocas que no observen que su evacuacion se aumenta cierto número de dias antes y despues de las reglas, y muchas que solo tienen el flujo mucoso en las épocas que acabamos de indicar. Brierre de Boismont ha notado que se hallaban en este último caso mas de la mitad de las mujeres en quienes se ha presentado la leucorrea despues de la primera aparicion de las reglas.

Se ha hablado de leucorreas *supletorias*, que reemplazan diversos flujos sanguíneos ó de otra naturaleza, tales como las hemorróides, la misma menstruacion, los exutorios suprimidos, etc.; pero quedan todavía muchas dudas acerca de la exactitud de estas observaciones. Para llegar á obtener un resultado exacto acerca de este punto, se necesitan investigaciones muy concluyentes y numerosas, y sobre todo que se dejase de confundir las inflamaciones crónicas con un simple flujo mucoso. Sin embargo, no cabe duda de que un gran número de casos se observa, despues de la supresion de las reglas, la aparicion de un flujo blanco, que se hace mas abundante en las épocas en que debia venir la menstruacion, lo cual anuncia cierta congestion de los órganos genitales.

Troussel (2) no duda en considerar los flujos de que acabamos de hablar como verdaderas inflamaciones de la mucosa de las partes genitales.

(1) Lisfranc, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, t. II, art. LEUCORREA.
(2) Troussel, *Des écoulements particuliers aux femmes*. Paris, 1842. Véase tambien Bassius, *Observ. anat. chir. méd.* Halle, 1731.

§ III.—Síntomas.

No es posible admitir con los autores que sea un síntoma de la enfermedad que nos ocupa un verdadero dolor en las partes genitales, dolor cuya existencia han observado en lo que han llamado leucorrea. Todo, pues, depende del modo de comprender la enfermedad, y esta es precisamente la razon porqué volvemos á insistir con tanta frecuencia acerca de este punto. Cuando el flujo blanco es muy abundante, pueden las partes genitales externas, que están constantemente bañadas por el líquido excretado, irritarse y hasta escoriarse; pero estas, y el dolor que de ellas resulta, son solo consecuencia, y no verdaderos síntomas de la enfermedad.

Lo que sin disputa interesa mas estudiar es la *materia del flujo*. Segun M. de Espine, que ha examinado muchas veces al dia las mujeres con el espéculum, y que nos ha proporcionado los únicos datos acerca de este punto, de que debe hacerse uso si no se quiere exponer á error, conviene mucho distinguir la materia que sale del útero de la que procede de la vagina; es, pues, indispensable la exploracion tal como la practica este médico: Hé aquí los resultados que ha obtenido (1).

Flujo uterino.—«En 75 exploraciones hechas con el espéculum, y en que se ha hallado el orificio del cuello perfectamente sano, el flujo uterino ha presentado las formas siguientes:

Flujo acuoso................................	7 veces.
Flujo albuminoso trasparente........................	28 veces.
Flujo albuminoso semitrasparente con estrías de color gris, blanco ó amarillo..............................	13 veces.
Flujo opaco (dos veces blanco y amarillo)...............	3 veces.
Flujo albuminoso sin otra indicacion..................	2 veces.
Algunas gotas de sangre, ocho dias despues de las reglas.	1 vez (2).

En 52 exploraciones por medio del espéculum, en que el orificio del útero estaba rodeado de un círculo de color rosa encendido, mas oscuro que el resto de la mucosa, pero no intenso ni cruento, y sin granulaciones ni erosiones, el flujo uterino ha presentado las formas siguientes:

Flujo acuoso..	3 veces.
Flujo albuminoso y semitrasparente, en dos casos con estrías de color amarillo y en otros dos de color blanco...	14 veces.
Flujo opaco (dos amarillo y dos blanco)................	5 veces.
Flujo albuminoso sin otra indicacion.....	5 veces.

(1) Marc. d'Espine. *Archives générales de médecine*, 2.ª série, t. X, p. 176.

(2) Omitimos, de los casos que refiere M. de Espine, aquellos en que no habia flujo blanco, porque no ofrecen un interés del momento.

En otras nueve exploraciones en las mismas circunstancias, solo ha habido un flujo blanco acuoso y otro albuminoso trasparente. Entre otros 27, en que el cuello estaba rodeado de un color *rojo con granulaciones*, solo ha habido una vez el flujo acuoso y cinco el albuminoso; y finalmente, entre otros 30, en que el cuello se presentaba rojo y con erosiones, apareció igualmente una vez el flujo acuoso, y el albuminoso trasparente ocho.

En efecto, resulta de estas observaciones que el *flujo acuoso* y la evacuacion de materia filamentosa, trasparente y semejante á la clara de huevo, en una palabra, el flujo albuminoso, se observa en la mitad de los casos en que el orificio está completamente sano, y que á medida que se observa la existencia en el órgano de lesiones mas ó menos marcadas, desde la simple rubicundez hasta la erosion, así el flujo toma el aspecto purulento.

Hay, pues, un flujo uterino bastante abundante para incomodar á las mujeres, porque Marc. de Espine solo habla de estos, que consisten en la secrecion de un líquido, ó suelto como el agua (flujo acuoso), ó semejante á la clara de huevo. Todo, pues, induce á creer que estas son las dos únicas formas de flujo que deben considerarse como evacuaciones mucosas, y como las únicas que constituyen la leucorrea, y estos hechos responden á los que quieran ver siempre en esta enfermedad algo mas que una simple lesion de secrecion; porque ¿qué mas puede hallarse en los casos á que aludimos, que un aumento notable del moco que se segrega en el estado normal?

No se nos oculta que pueden hacerse algunas objeciones á esta opinion. Así se puede decir que en casos en que habia lesiones evidentes del cuello, ha conservado, sin embargo, el flujo los caractéres que acabamos de indicar; pero nada prueba que en estos casos fuese el flujo una consecuencia de estas lesiones. En efecto, se concibe perfectamente que puedan existir en los labios del cuello rubicundez, granulaciones y hasta erosiones, sin penetrar en la cavidad, que es donde se verifica la secrecion que nos ocupa, y esto es tanto mas admisible, cuanto que segun van aumentando estas lesiones, y que por consiguiente, va siendo cada vez mas probable que se extiendan á la cavidad, así el flujo va presentado estrías de color amarillo, blanco, opaco y toma el aspecto purulento.

Flujo vaginal.—Cuando la mucosa está pálida ó sonrosada, que tiene el aspecto sano, la materia del flujo presenta en mas de las dos terceras partes de los casos un color *blanco cremoso ó caseoso*, y segun que esta membrana parece mas inflamada, así toma el aspecto puriforme.

El flujo propio de la leucorrea es, pues, en el útero acuoso y albuminoso, y en la vagina cremoso ó caseoso.

Examinando las ropas de las enfermas se hallan *manchas* mas ó menos numerosas y de diversa extension, segun la abundancia de la evacuacion. Estas manchas son agrisadas, parecidas á las de és-

perma, y dan á las ropas una consistencia almidonada cuando están secas. Se notará que excluimos las manchas amarillas y verdosas, que indican una secrecion purulenta, y ya hemos dado la razon demasiadas veces para volver á repetirlo aquí.

Resulta de lo dicho que la leucorrea puede dividirse en *uterina* y *vaginal*, pero es raro que el flujo que constituye la una ó la otra se presente aislado, y por lo comun se confunden tan completamente los dos líquidos en la vagina, que es difícil apreciar los caractéres del que es producido por las paredes de este conducto.

Las erupciones y escoriaciones que aparecen en la vulva cuando el flujo es muy abundante, no son mas que simples consecuencias de la afeccion.

Síntomas generales.—Los síntomas generales de la leucorrea están en razon directa con la abundancia del flujo y con su duracion: así cuando es poco abundante, y sobre todo cuando solo se presenta en las épocas menstruales, puede permanecer intacta la salud general. Si por el contrario, la evacuacion es considerable, y expecialmente si data ya de mucho tiempo, se observa el estado siguiente: las mujeres están decaidas y se cansan con facilidad; la cara se pone pálida, y hasta pierde su brillo cuando la enfermedad llega á su mas alto grado; al mismo tiempo las carnes están blandas y flácidas, y hay cierto grado de enflaquecimiento, dependiente no tan solo del flujo mucoso, sino tambien del trastorno de las funciones digestivas, de que vamos á hablar inmediatamente.

Las enfermas padecen además accidentes nerviosos muy variados, están por lo comun muy irritables, experimentan un estorbo mayor ó menor en la respiracion, y á veces hasta palpitaciones; hay algunas que se quejan de cefalalgia.

En el estómago se observan fenómenos importantes que pertenecen á la *gastralgia*, y de los que ya hemos dicho algo al hablar de esta afeccion (1). Estos fenómenos consisten en dolores en el epigástrio mas ó menos intensos, retortijones, apetito disminuido y á veces aumentado, gustos estravagantes, etc. Las enfermas padecen igualmente dolores intestinales, sienten con frecuencia borborigmos, estreñimiento, y en una palabra, aparecen los signos tan varios de la *enteralgia* (tomo IV).

Brierre de Boismont ha citado un gran número de hechos que prueban la *relacion que existe entre las flores blancas y la menstruacion*, y ha hallado que las mujeres en quienes se ha presentado la leucorrea antes de la primera menstruacion, en general se habia retardado esta, y en que en muchas coincidia el flujo blanco con reglas irregulares, penosas y á veces con supresion. Ahora seria preciso indicar de un modo exacto cuál es la influencia recíproca de la menstruacion y de las flores blancas.

(1) Véase tomo III, p. 727 y 728.

Finalmente, se ha observado que cierto número de mujeres que padecian leucorrea se ponian *anémicas* ó *cloróticas*; pero se necesitan nuevas averiguaciones para saber si en estos casos se debe atribuir á la leucorrea la anemia ó la clorosis, ó si dependerán estas de los trastornos de la menstruacion, ó bien si será preciso considerar á la leucorrea, la anemia, la clorosis y los trastornos de la menstruacion como otros tantos fenómenos morbosos dependientes de un estado general prexistente.

§ IV.—Condiciones etiológicas, frecuencia.

La afeccion sigue su *curso* esencialmente crónico. En los casos no dudosos se va estableciendo insensiblemente, llega por grados á su mayor intensidad, y en seguida persiste con variaciones mas ó menos grandes, segun circunstancias muy diversas, entre las cuales debemos indicar particularmente, como ya queda dicho, la menstruacion que aumenta la cantidad del flujo mucoso. Hemos hablado tambien del *curso intermitente* que adopta muchas veces la leucorrea, que aparece dos, tres, cuatro ó mas dias antes de las reglas, queda luego cubierta por el flujo sanguíneo, y en seguida se observa de nuevo un número de dias casi igual despues del flujo menstrual. Es raro que la aparicion del flujo mucoso se verifique únicamente antes ó despues de las reglas; pero, sin embargo, se observan á veces algunos ejemplos.

La *duracion* de esta enfermedad, aunque no es muy raro, segun los autores, verla cesar despues de la época crítica.

Aun cuando los síntomas generales que dejamos descritos pueden llegar á hacerse bastante graves, no hay ejemplo de *terminacion* funesta causada por la leucorrea, y solo la debilidad y el deterioro de la constitucion que sobreviene en las mujeres á consecuencia de los flujos abundantes y de larga duracion, las colocan en condiciones desfavorables para resistir á las enfermedades que puedan padecer.

Scanzoni y la mayor parte de los médicos alemanes creen que la leucorrea persistente puede determinar la metritis crónica, las fungosidades uterinas, la formacion de cuerpos fibrosos en las paredes de la matriz, y todas las afecciones designadas con la calificacion de *neoplasmas*, porque dicen estos médicos que no se puede concebir la leucorrea sin cierto grado de exageracion de la circulacion uterina. (Racle.)

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Si el flujo se ha presentado lentamente, sin signos de inflamacion, si ha continuado por mucho tiempo, y si por medio del exámen hecho con el espéculum, *que siempre es necesario*, se halla que la vagina y el cuello del útero están sanos, y al mismo tiempo hay un

flujo acuoso ú albuminoso procedente de la matriz, ó blanco cremoso producido por la mucosa vaginal, ó uno y otro, que es lo mas frecuente, no puede dudarse de que la enfermedad es solo una simple leucorrea.

Si los flujos que acabamos de indicar existen con lesiones del cuello uterino ó de la mucosa vaginal, lo que solo sucede en un corto número de casos, hay tambien motivos para considerar la enfermedad como una simple leucorrea, y las lesiones como complicaciones.

Si, por el contrario, el flujo es puriforme, se le debe considerar como inflamatorio, ver en la enfermedad una vaginitis, porque el estado actual de la ciencia nada nos autoriza á creer que el pus ó el moco-pus puedan formarse sin que exista ninguna inflamacion.

Una mujer ha tenido una vaginitis ó una blenorragia bien evidente, y al cabo de cierto tiempo pasa el flujo al estado crónico, y hasta llega á tomar el aspecto de que hace poco hemos hablado. ¿Se debe ver en tal caso una prolongacion de la inflamacion y considerar á la enfermedad como una vaginitis crónica, aun cuando el flujo sea albuminoso ó cremoso y las partes se hallen en el estado normal? No hay duda en que cuando la afeccion está, por decirlo así, en el límite de un estado á otro, se puede ver el práctico un poco perplejo; mas cuando el flujo mucoso se halla bien establecido, no se debe vacilar en considerar á la enfermedad como una simple leucorrea. En efecto, semejante trasformacion, debida sin duda al largo hábito de una secrecion anormal, no ofrece nada que no pueda comprenderse fácilmente.

La distincion entre los flujos vaginales y los que proceden de la cavidad del útero, es para la práctica de una importancia incontestable. Para llegar á la formacion de este diagnóstico diferencial sin recurrir al espéculum, cuyo uso puede hallar fuerte resistencia, el doctor Reclam (1) ha estudiado comparativamente las *manchas* que dejan en las ropas el moco vaginal y el uterino, y hé aquí el resultado de estas investigaciones. El *producto de secrecion del útero* es vítreo, espeso, gelatiniforme y filamentoso, se pega al dedo y presenta al exámen microscópico un gran número de esos cuerpos que se describian hasta ahora con el nombre de *glóbulos mucosos*. El moco vaginal es mas opaco y mas flúido, blanco (excepto durante las reglas), cremoso, y por el microscopio se descubre en él una gran cantidad de corpúsculos pioides. Estos, segun L. S. Beale (2), «pueden producirse en las células del *epitelio vaginal*, teniendo su forma distintiva, siendo sobre todo las células mas jóvenes del *epitelio vaginal* y las del *epitelio de los folículos* de la membrana mucosa,

(1) Reclam, *Neue Zeitung für Medicin und medicinal-Reform*. Nordhausen, Noviembre, 1848.

(2) L. S. Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs;* traduit de l'anglais par A. Ollivier et G. Bergeron. Paris, 1865, p. 354.

los que se dividen y subdividen, dando orígen á una multitud de células granulosas, esféricas que se conocen con el nombre de *glóbulos de pus*, los que se dividen y subdividen rápidamente.»


Fig. 2.—Formacion de los glóbulos de pus.

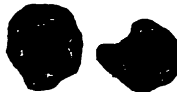
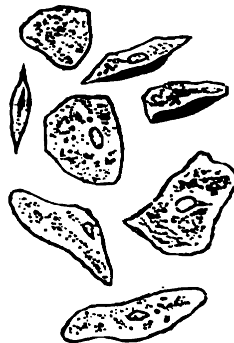

Fig. 3.—Formacion de los glóbulos de pus (moco vaginal).


Fig. 4.—Glóbulos de pus en via de formacion. (Beale, lámina XIX.)

Comparado con el producto de secrecion del útero, el *moco-vaginal*, es mas opaco y flúido, cremoso y blanco (excepto durante las reglas); el microscopio descubre, no solo una gran cantidad de células epitélicas, sino pequeños trozos de la membrana mucosa que á veces se perciben á simple vista (Reclam). Las grandes células de epitelio pavimentoso, que proceden de la vagina y que suelen reconocerse en la orina, varían mucho de aspecto y de tamaño, y á veces son muy irregulares de forma, con bordes desiguales y escotados. La capa epitélica útero-vaginal, puede, segun los autores, llegar á adquirir un espesor considerable y ser expulsada en forma de



Fig. 5.—Epitelio de la vagina. (Beale, lám. XV, fig. 75 y 76.

cilindros membraniformes. Farre ha visto y descrito fracmentos que tenian la forma de la vagina hueca y aplastada (fig. 5). Tilt, que ha descrito casos de igual naturaleza, cree que algunos de estos detritus proceden del útero, siendo otros de la vagina (fig. 6) (1).

(1) L. S. Beale, *loc. cit.*, p. 353.—Farre, *Archives of medicine*, t. I, pl. XII.

En el estado patológico el olor ordinario y conocido del moco cambia y se vuelve parecido al del jabon blanco. Las *manchas* que deja en las ropas el moco uterino son duras, redondeadas la mayor parte, brillantes (como las de la goma arábiga sobre el papel), y ligeramente agrisadas ó rogizas. Las manchas que produce el moco vaginal se parecen mas bien á las que deja el flujo loquial hácia el fin de esta evacuacion, son anchas, mal circunscritas, no tienen en general el brillo, y son siempre de color gris sucio ó parduscas.



Fig. 6.—Detritus de epitelio vaginal. (Beale, lám. XVI, fig. 77.)

Estos signos característicos cesan de poder apreciarse con alguna exactitud en los casos en que la enferma hace un gran ejercicio y cuando ha tenido puesta la camisa que se examina durante uno ó cuando mas dos dias, etc.

La exploracion practicada con el espéculum es sin disputa la que en todos los casos suministra los datos mas seguros. Si no es siempre fácil el obtener de una mujer casada el consentimiento de este medio de exámen, las dificultades que experimenta el médico cuando la afeccion reside en una jóven vírgen, son mucho mas considerables. Cuando ciertos signos hacen creer que la leucorrea es sintomática de una inflamacion del cuello del útero, es indispensable para confirmar el diagnóstico, y sobre todo para plantear una terapéutica conveniente, hacer accesible la causa productora. En estas ocasiones delicadas es menester aprovecharse de la lascitud que ofrece el himen, ya naturalmente, ya por un resultado patológico, que en muchos casos es suficiente para permitir una dilatacion suavemente practicada. J. H. Bennet, que se ha ocupado de esta cuestion con expecial cuidado, ha hecho construir un pequeño espéculum bivalvo muy estrecho, «con el que puede generalmente y por grados, con tiempo y paciencia, examinar el útero sin detrimento del himen. El uso de las inyecciones y de los baños de asiento, disminuyendo

la inflamacion de la vulva y de la vagina, facilita considerablemente la exploracion, bastando á lo mas diez dias de este tratamiento para hacer fácil un exámen que antes parecia difícil, doloroso y hasta cruel. Para cuando el himen es espeso ó inextensible, como sucede con mucha frecuencia en las mujeres de edad algo avanzada, no puede ceder, y es entonces necesario incindirle (1).»

Nada tenemos que añadir relativamente al *pronóstico* considerado de un modo general, á lo que antes hemos dicho al hablar de la terminacion de la enfermedad. Nos limitaremos, pues, á decir que cuanto mas tiempo ha durado menos probabilidades hay de hacerla desaparecer, y que cuando la constitucion parece deteriorada, y por consiguiente el flujo es contínuo y abundante, hay grandes motivos para creer que los tratamientos mas activos serán ineficaces.

§ VI.—Tratamiento.

Considerado de un modo general, el tratamiento de la leucorrea es diferente segun la intensidad y duracion de la enfermedad. Así cuando la afeccion es ligera, se usa simplemente un tratamiento local, que consiste en *inyecciones astringentes* (con el *sulfato de zinc*, el *acetato de plomo*, la *nuez de agalla*, el *tanino*, etc.); cuando, por el contrario, lleva mucho tiempo de duracion, el flujo es abundante y las enfermas están notablemente debilitadas, se recurre al mismo tiempo á un tratamiento general en que figuran los *tónicos*, los *amargos* y los *ferruginosos*.

Esto sentado, vamos á presentar algunos medios particulares, cuya aplicacion puede ser útil.

Tónicos.—La *quina* es entre todos los tónicos el que se usa con mas frecuencia sola ó asociada á otras sustancias, y hé aquí la fórmula que aconseja Formey (2):

R. Alumbre	} aa 2 gram.
Flores de sal amoníaco marciales	
Extracto de quina preparado en frio	
Polvos aromáticos	
Aceite de canela	12 gotas.

H. S. A. píldoras de 10 centígramos.
Se dan de cinco á diez mañana y tarde.

Tissot recomendaba un preparacion de que forma parte la quina, y á la que designaba con el nombre de *electuario antileucorréico*, y cuya fórmula es la siguiente:

(1) J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes;* traduction française de Michel Peter, sur la quatrième édition, Paris, 1864, p. 148.
(2) Voy. Most, *Encyklopaedie*, t, II.

R. Polvos de quina.......... 15 gram. | Polvos de catecú............. 4 gram.
— de macis............ 4 gram.

Mézclese é incorpórese en

Electuario de rosas....... 45 gram. | Esencia de canela........ 2 gotas.
— de romero..... 15 gram.

Y añádase

Jarabe de cáscara de naranja........... C. S.

Se dan 4 gramos mañana y tarde.

Un *régimen* analéptico, y el uso del vino de Burdeos en corta cantidad favorece el tratamiento.

Ferruginosos.—No indicaremos aquí las numerosas preparaciones ferruginosas de que se ha hecho uso. Se han empleado sucesivamente las *limaduras de hierro*, el *carbonato*, el *sulfato*, etc., sin que se hayan hecho los experimentos de modo que podamos saber si uno de estos medios ha obtenido mejor éxito que los otros.

El *jarabe calibeado* de Willis ha gozado de bastante reputacion, y su preparacion es como sigue:

R. Sulfato de hierro...................... 1 parte.

Disuélvase en

Agua hirviendo......................... 8 partes.

Filtrese y hágase fundir en el líquido

Azúcar blanca........... 16 partes. | Goma arábiga en polvo... 2 partes.

Se dan de 30 á 60 gramos al dia.

Balsámicos.—Se ha ponderado mucho la eficacia de diversos bálsamos, tales como el de *copaiba*, los del *Perú*, de *Tolú* y la *trementina de Venecia*. Walsh asociaba esta última sustancia al hierro y á otros medicamentos en las píldoras siguientes que han gozado de gran celebridad:

R. Trementina de Venecia.. } aa 8 gram. | Goma quino............... } aa 6 gram.
Extracto de genciana... } | Sulfato de hierro.......... }

Mézclese y háganse píldoras de 10 centígramos, y se toman quince tres veces al dia.

El *bálsamo de copaiba* se emplea del modo que hemos indicado en el artículo *Blenorrea*, y cuando el estómago no puede soportarle se aconseja hacer uso del *supositorio* siguiente:

R. Bálsamo de copaiba solidificado............ } aa 4 gram. | Extracto de opio......... 2 centígram.
Manteca de cacao....... }

Aplíquese este supositorio mañana y noche.

Los bálsamos del Perú y de Tolú se usan á dósis variables que el médico fija segun los casos. El doctor Lheritier (1) ha elogiado mucho el uso del *estoraque*, que prescribe en *píldoras* ó bajo la forma de *jarabe*, del modo siguiente:

Píldoras de estoraque.

R.	Estoraque purificado........................	30 gram.
	Polvos de regaliz............................	C. S.

Mézclese y háganse píldoras de 40 centígramos. Se toman al principio tres, y progresivamente hasta seis mañana y noche.

Jarabe de estoraque.

R. Estoraque líquido.......................... 60 gram.

Hágase digerir durante doce doras en

Agua comun................................ 1000 gram.

Cuélese, filtrese y fúndase:

Azúcar...................................... 2000 gram.

Se toman de cuatro á seis cucharadas al dia.

Pimienta cubebas.—La administracion de la pimienta cubebas no ofrece ninguna particularidad que no hayamos indicado ya suficientemente en los artículos BLENORRAGIA y BLENORREA, (véase t. IV).

Iodo.—La opinion de que las flores blancas atacan principalmente á las mujeres de temperamento linfático, ha debido mover necesariamente á los prácticos á recurrir al iodo, y así un gran número de autores han propuesto este medicamento, y puede verse en el artículo ESCRÓFULAS (t. I) cómo conviene administrarle. Nos limitarémos, pues, á indicar algunas preparaciones que se dirigen expecialmente contra la enfermedad que nos ocupa. Pierquin ha ponderado la eficacia de la *tintura de hidriodato de hierro*, cuya fórmula es la siguiente:

R. Ioduro de hierro....... 8 gram.	Agua comun............. 64 gram.	
Alcohol rectificado..... 64 gram.		

Se toman *quince ó veinte gotas* al dia en una infusion de saponaria, de tila, etc.

El mismo autor recomienda las *tabletas de hidriodato de hierro* preparadas del modo siguiente:

R. Hidrato de hiero......... 4 gram.	Azúcar pulverizado......... 250 gram.
Azafran pulverizado...... 16 gram.	Mucílago de goma tragacanto. C. S.

Háganse doscientas cuarenta tabletas. Se toman de *ocho á diez al dia.*

(1) Lhéritier, *Gazzette médicale de Paris*, 1832.

Cornezuelo de centeno.—La accion expecial del cornezuelo de centeno sobre el útero ha movido á los autores á usarle contra el flujo blanco, y se han citado casos de haber obtenido buen éxito. El doctor Dufresnois elogia la eficacia del elixir siguiente:

R. Cornezuelo de centeno bien seco........... 16 gram.	Azúcar blanca............. 120 gram.
Alcohol de 25 grados... 120 gram.	Esencia de menta.......... 4 gotas.
	Agua comun............... C. S.

Déjese macerar el cornezuelo de centeno en el alcohol por espacio de diez y ocho horas, fíltrese y póngase á un lado esta tintura. En seguida hágase hervir por dos veces el residuo que ha quedado en el filtro y cuélese. Redúzcase en seguida lo colado á 240 gramos en el baño maria, disuélvase el azúcar y déjese enfriar. Añádase entonces la tintura alcohólica que se ha obtenido primeramente, y la esencia de menta. Mézclese, fíltrese y guárdese para el uso. Se dan *tres cucharadas* al dia.

Hemos puesto esta fórmula porque tiene á la vez una accion tónica y la expecial del cornezuelo de centeno; pero las mas veces se usa sola esta última sustancia, como en la metrorragia, donde volveremos á ocuparnos de ella.

Tambien se ha hecho uso de la *sabina*, que tiene igualmente una accion expecial bien conocida: se la ha empleado principalmente en los casos en que se han suprimido las reglas y en que al parecer han sido reemplazadas por la leucorrea.

Ya Wedekind habia dado á conocer las ventajas de este medicamento en tales casos, práctica que imitaron Gunther y Santer, y hace algunos años el doctor Aran (1) ha referido algunas observaciones del doctor Fantonetti (2), que demuestran los buenos efectos de esta sustancia.

Se administra el polvo en píldoras á la dósis de 30 á 50 centígramos, rara vez mas, tres veces al dia. Su accion es muy pronta.

Tambien se ha prescrito la preparacion siguiente:

R. Sabina.................. 8 gram.	Extracto acuoso de acíbar.. 1,25 gram.
Hierro en polvo.......... 4 gram.	Mucílago de goma tragacanto 1,50 gram.

Mézclese y háganse píldoras de 10 centígramos. Se toman de tres á cuatro, dos ó tres veces al dia.

Pudiéramos citar, finalmente, los *astringentes*, tales como el *alumbre*, el *acetato de plomo*, el *tanino*, el *extracto de ratania*, el *cocimiento de raiz de énula*, recomendado por Delens, que ha referido en su apoyo un caso poco concluyente, porque no se halla bastante descrito el estado de la enferma, la infusion de *gayuba*, la de *miel en rama*, el *ácido hidroclórico*, el *cólchico*, la *nuez vómica* y la *cicuta*, que se ha prescrito sin duda en casos en que el flujo era dependiente de una lesion orgánica, etc. Seria nunca concluir si quisiése-

(1) Aran, *Gazette médicale*, 1844;—*Gazette des hôpitaux*, Diciembre 1845.
(2) Fantonetti, *Annali univ. di medicina.*

mos dar la lista compléta de los medicamentos propuestos, y por desgracia las mas veces sin que pueda apreciarse suficientemente su grado de accion. Por esta razon nos limitaremos á citar, antes de pasar al tratamiento local, la fórmula siguiente propuesta por Rust, y que contiene sustancías de muy diversa naturaleza.

R. Bolo arménico..........	aa 24 gram.	Oleosácaro de macis......	24 gram.
Hidroclorato de magnesia		Ruibarbo en polvo........	1,25 gram.

Mézclese y redúzcase á polvo. Se toma una cucharada de té tres veces al dia.

Tratamiento local.—Al mismo tiempo que se administran estos remedios al interior, se prescribe generalmente un tratamiento local mas ó menos activo, y que consiste principalmente en inyecciones con la mayor parte de las diversas sustancias que acabamos de mencionar.

Inyecciones diversas.—Se usan con bastante frecuencia las inyecciones con 3 á 10 centígramos *de nitrato de plata por* 30 *gramos de agua;* pero en esta prescripcion han tenido principalmente á la vista los autores las blenorragias crónicas, de modo que seria imposible decidirse con exactitud acerca del valor de este medio en los casos particulares de que nos ocupamos. En una comunicacion á la Academia de ciencias ha elogiado el doctor Legrand los buenos efectos de una pomada de nitrato de plata (de 1 á 5 centígramos de esta sal, por un gramo de cerato sin agua), que se aplica á la vagina con el dedo metido en una muñeca de lienzo en que se pone el medicamento (1); pero nada prueba que este medio tenga mas eficacia que las inyecciones.

A. Nélaton (2) emplea con éxito las inyecciones *sulfato de cobre*, hechas del modo siguiente:

R. Sulfato de cobre....... 1 gram. | Agua.................. 400 gram.

Una inyeccion mañana y noche.

Girtanner empleaba *potasa cáustica* en solucion del modo siguiente:

R. Potasa cáustica..... 30 centígr. | Opio puro................ 20 centíg.

Disuélvanse en

Agua comun............. 300 á 600 ó 900 gramos,

segun que se quiera que obre con mas ó menos actividad.

(1) Legrand, *Note sur le traitement local de la leucorrhée (Bulletin de l'Académie de médecine*, 27 Octubre 1846)—Voy *Gazette médicale*, 2 Enero 1847.

(2) Nélaton, *Journal des connaissances médico-chirurgicale*, 1.° Diciembre 1852.

Pringle recomendaba la inyeccion siguiente:

R. Sulfato de zinc.......... } aa. 8 gramos.
Alumbre calcinado...... }

Disuélvanse en

Agua comun.... .... 500 gramos.

Bálsamo de copaiba.—El doctor Taddei (1) empleaba el bálsamo de copaiba en inyecciones, dando hasta 150 gramos de esta sustancia unida á 260 gramos de emulsion de aceite de almendras dulces y de goma arábiga. Para que estas inyecciones den buen resultado, es preciso que el líquido esté contacto con toda la extension de la mucosa vaginal, y por consiguiente que se hagan estando la enferma echada de espaldas y con los muslos y las piernas dobladas.

Igualmente se han practicado inyecciones con el *amoniaco dilatado en una gran cantidad de agua* (2) con una solucion de *bórax*, de *sulfato de sosa* (Trousseau), con el *cloruro de cal*, el *agua de cal*, el cocimiento de *nuez de agalla*, de *corteza de roble* y de *hojas de nogal*.

Reclam (3), despues de haber enumerado los diferentes medios que se han empleado contra el catarro uterino, desde las inyecciones de agua hasta el cauterio actual, desecha todas estas medicaciones como *torpemente sistemáticas*, y propone una, que en su opinion se dirige á la causa misma del mal. Hé aquí en qué consiste. Estando admitido «que los flujos uterinos reconocen como orígen un estado particular de los nervios de la matriz, á estos últimos es adonde se debe dirigir la terapéutica. Los nervios del útero proceden del plexo hipogástrico, y la vagina recibe, por el contrario, algunos filamentos del tercero y cuarto par sacros. Pero prosigue el autor, á pesar de esta particularidad anatómica, todos los prácticos conocen la influencia recíproca que los nervios de la cola de caballo y de los órganos genitales ejercen los unos sobre los otros.» De este modo ha llegado á concebir la aplicacion de los *medios revúlsivos* á la parte inferior del conducto vertebral.

Veremos en los artículos DISMENORREA y NEVRALGIA UTERINA la razon de los buenos resultados que han obtenido Reclam y Mitchell, que emplean, como vamos á decir, la cauterizacion lumbar con el hierro enrojecido en las mismas circunstancias. En efecto, hemos indicado como una causa de leucorrea la *nevralgia lumbouterina*, y curando la neuralgia por estos medios, que tambien le convienen, es como estos autores han curado flujos uterinos. Estos hechos son, pues, una confirmacion brillante de lo que habíamos anunciado, y ya veremos que otros médicos, y entre ellos Malgaigne y Beau, han obtenido resultados análogos.

(1) Taddei, *Bolletino delle scienze mediche di Bologna*, 1847.
(2) Merat y Delens, *Dictionn. universel de mat. méd. et de thérapeutique*. Paris, 1829, t. I, p. 235.
(3) Reclam, *loc. cit.*

Cauterio actual.—Mitchell (1) ha curado un gran número de enfermas de *leucorrea uterina* ó de *dismenorea* por la *aplicacion del cauterio actual á la region lumbar*. Estos hechos no sorprenderán al lector si recuerda lo que hemos dicho relativamente á los dolores nevrálgicos lumboabdominales que simulan las afecciones del útero, y los flujos que estas producen. Desde que hemos llamado la atencion acerca de esta forma completamente desconocida de la *nevralgia uterina*, los hechos que parecian mas inexplicables se explican con la mayor facilidad; pero el doctor Mitchell no sabia aun que estaba tratando únicamente una nevralgia lumboabdominal con irradiacion hácia el útero y congestion, así como la leucorrea consecutivas, pues de lo contrario hubiera visto que curaba la enfermedad lo mismo que se curan otras nevralgias, cauterizando el orígen del dolor.

Nótese, sin embargo, que en estos hechos, que tambien confirman los que yo he referido (2), y los que mas tarde ha dado á conocer Malgaigne (3), el tratamiento ha obtenido un éxito notable contra una enfermedad considerada como muy rebelde por todos los patólogos. Pero lo que conviene saber es que la *cauterizacion superficial del cuello mismo* tiene iguales ventajas sin tener los inconvenientes de estas cauterizaciones lumbares, y que la *incision de los labios del cuello* hecha por Malgaine, ha logrado tambien hacer cesar la enfermedad. Volveremos á ocuparnos de estos hechos al hablar de la *nevralgia uterina*, limitándonos por ahora á exponer el procedimiento operatorio del doctor Mitchell.

Despues de haber calentado el boton del cauterio con una lámpara de espíritu de vino, le aplica repetidas veces á la piel del dorso, y prolonga tanto mas su contacto cuanto menos caliente está el hierro. Acostumbra este autor tocar los tegumentos de la region lumbar en doce puntos distintos, cuatro de cada lado y otros cuatro sobre las mismas apófisis espinosas.

Mitchell ha empleado ya este método mas de setenta veces en casos de leucorrea uterina, de histérico y de dismenorrea dependientes de esta afeccion. Muchas de sus enfermas tenian dolores lumbares tan considerables, que no podian andar, y en todas la leucorrea uterina era antigua, y habia resistido á diversos medios terapéuticos. Casi todas han curado, y la mayor parte despues de una sola aplicacion.

El dolor es el elemento morboso que cede con mas rapidez á esta medicacion, y nunca es mas seguro el éxito que cuando predomina este elemento, y para convencerse de esto basta comprimir con el dedo el hocico de tenca. Cuando hay granulaciones en el cuello es á

(1) Mitchell, *Dublin. med. Press.* y *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Febrero, 1847.
(2) Valleix, *Bulletin général de thérapeutique*.
(3) Malgaigne, *Revue médico-chirurgicale*.

veces preciso tocar esta parte con el nitrato de plata, pero el dolor ha cedido ya á la sola aplicacion del cauterio actual.

Todo esto no hace mas que confirmarme en lo que he sostenido respecto á los dolores nevrálgicos del útero, que simulan una afeccion orgánica.

Tratamiento profiláctico.—Muchos autores se han ocupado del tratamiento profiláctico, pero se limitan á dar consejos basados únicamente en las opiniones que habian formado acerca de la influencia de las diversas causas que antes de ahora hemos examinado. Por lo general basta decir que el alejarse de estas causas constituye el tratamiento profiláctico; solo añadiremos que entre los medios preservativos, los que se emplean con preferencia son: la permanencia en el campo, la insolacion, el uso de tónicos ligeros, de los amargos, y una alimentacion sana y suculenta.

Resúmen.—1.° *Tratamiento general.*—Tónicos, ferruginosos, balsámicos, estoraque, pimienta cubebas, iodo, cornezuelo de centeno, sabina, astringentes y otros diversos medios.

2.° *Tratamiento local.*—Inyecciones, cáusticos, astringentes, revulsivos, cauterio, etc.

3.° *Tratamiento profiláctico.*

CAPÍTULO III.

Enfermedades del útero.

Describiremos las enfermedades del útero por el órden siguiente: *Amenorrea, dismenorrea, metrorragia, congestiones uterinas, metritis puerperal, metritis externa ó del cuello, metritis interna ó catarro uterino, fungosidades uterinas, metritis parenquimatosa é infartos, hipertrofia del cuello del útero, cáncer, tubérculos, fisómetra, hidrómetra, roturas, nevralgias del útero.* Las *desviaciones* de este órgano se tratarán en el capítulo siguiente.

ARTÍCULO PRIMERO.

AMENORREA.

Bajo la denominacion de *amenorrea*, considerada en su acepcion mas lata, pueden colocarse todos los casos en que falta el período menstrual, cualquiera que sea la causa de su ausencia. Como estas son infinitamente variadas pueden dividirse en dos grupos, que permiten apreciar mejor su mecanismo, y que en la práctica conducen con mas seguridad á indicaciones terapéuticas apropiadas á las circunstancias.

Los dos grupos que pueden presentarse á la observacion son los siguientes:

1.° Las reglas no han aparecido nunca.

2.° Las reglas se establecieron y se suprimieron.

Cada uno de estos grupos hace necesarias investigaciones expeciales y otras comunes á ambos. El primer grupo comprende casos cuya etiologia puede ser diferente: 1.°, la amenorrea es debida á una mala conformacion congénita ó adquirida; 2.°, la amenorrea no es resultado de mala conformacion, sino sintomática de una modificacion en el estado de la sangre. El segundo grupo comprende los casos en que ha habido supuracion de las reglas, sea bruscamente ó de un modo crónico.

Estudiaremos, pues, sucesivamente: 1.°, la *amenorrea dependiente de una mala conformacion congénita ó adquirida*; 2.°, la *amenorrea sintomática de una modificacion en el estado de la sangre;* 3.°, la *supresion de la menstruacion*. En fin, diremos algunas palabras de los casos de *amenorrea con leucorrea uterina suplementaria.*

Sabido es que hoy consideran los fisiólogos los ovarios como agentes eficientes de la menstruacion: esta opinion parece confirmada por las importantes modificaciones que sufren estos órganos en la época de la pubertad y en la de menosparia, y los casos en que se ha hecho la extirpacion de los ovarios se ha visto suprimirse la menstruacion persistente hasta entonces, vienen á confirmar esta interpretacion fisiológica. Así en patologia debe restringirse la palabra *amenorrea* á los casos en que el flujo de sangre menstrual, elemento accesorio de la importante funcion fisiológica de la *ovulacion* falta por el hecho mismo de la ausencia de esta funcion. A la par de estos casos deben colocarse, para distinguirlos mejor, aquellos en que se efectua esta funcion sin ir acompañada de suficiente congestion sanguinea para verificarse la hemorragia menstrual. En este punto y para corresponder mejor al objeto del libro, debiéramos examinar todos los casos en que falta el flujo menstrual, y en el estudio de las causas de su ausencia investigar si hay *amenorrea por falta de ovulacion* (amenorrea propiamente dicha), ó si esta causa ha podido eliminarse, y á cual otra conviene referir la no aparicion ó supresion del flujo menorrágico.

1.° **De la amenorrea dependiente de una mala conformacion congénita ó adquirida.**—Las conformaciones congénitas ó adquiridas, capaces de impedir que el flujo menstrual aparezca, pueden actuar sobre el aparato esencial de la ovulacion, ó en uno de los puntos del conducto útero-vaginal y de la vulva.

La ausencia congénita de los órganos genitales internos puede ser completa, y todas las condiciones esenciales de la funcion menstrual pueden faltar á la par, sucediendo lo mismo á consecuencia de extirpacion del útero y de los ovarios. La sola ausencia congénita ó la extirpacion del útero determina la supresion de la menstruacion

propiamente dicha; pero existen á veces flujos sanguíneos con manifestaciones mensuales, suministrados por las paredes vaginales ó de la vulva.

En fin, la ausencia de los ovarios produce, no solo la falta de ovulacion, sino del flujo menstrual; sin embargo, Kaberlé ha citado dos casos, en que observó á lo menos una ó dos veces la aparicion de los ménstruos despues de la extirpacion de ambos ovarios (1). A las causas precedentes conviene añadir la ausencia de las trompas y su obliteracion, porque en estas circunstancias las íntimas y directas relaciones de los ovarios y de la matriz se encuentran necesariamente interrumpidas (2).

Estos casos, que constituyen las circunstancias etiológicas, son casi los únicos que pueden existir cuando las reglas no se han establecido nunca.

Hay otros que determinan, no la amenorrea por falta de ovulacion, sino la *amenorrea por retencion del flujo menorrágico;* consisten en la impermeabilidad del cuello uterino, en la obliteracion del orificio del útero, la ausencia de la vagina, la adherencia recíproca de las paredes de este conducto, la oclusion de su orificio por adherencias morbosas, las falsas membranas ó un himen imperforado.

La diferencia capital entre estos dos grupos de casos depende que en el primer caso no existe congestion sanguínea, mientras que en el segundo la ovulacion y el flujo menstrual se producen, pero sin salir al exterior (3).

La mujer que se encuentra en el primer caso puede gozar de perfecta salud, estar su cuerpo regularmente desarrollado, ser la circulacion activa y regular, y desempeñarse todas las funciones, menos la menstruacion, en estado normal.

Cuando, por el contrario, la salida de las reglas está solo impedida por un obstáculo mecánico, el útero puede distenderse de un modo

(1) Kœberlé, citado por E. Fritz, *Dict. encyclop. de sciences médicales*, t. III, p. 600. Paris, 1865.

(2) Bernutz, *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*. Paris, 1864, t. II, artículo AMENORREA.—Nonat, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1860, p. 581.

(3) El primer caso contituye lo que se debe llamar *Amenia* si depende de la falta de ovarios, y *Amenofania* si es producida por desarrollo insuficiente ó lesiones viscerales ó humorales que eviten la manifestacion de la primera evolucion menstrual.

El segundo caso es la *Menostasia* ó *Iscomenia*, representada por la secrecion del flujo menstrual, pero faltando la escrecion ó salida al exterior por obstáculo mecánico en el cuello uterino ó en la vagina.

Puede tambien faltar el flujo menstrual sustituyéndose por una hemorragia mensual, por la superficie de una membrana mucosa, cuyo órden electivo suele ser el siguiente; mucosa nasal, bronquial, gástrica, rectal, vexical, acular, bucal, gingival y aun la superficie tegumentaria. Esta alteracion de la menstruacion recibe el nombre de *Menogenia* ó *Menometastasia*.

El nombre de *Amenorrea* debe reservarse á la supresion del flujo menstrual ya establecido, exceptuando la edad crítica, que es la *Menospausia*. *(Nota del Dr. Casas de Batista.)*

alarmante. «Entonces la salud se altera, existen los signos exteriores de la pubertad, pero la enferma palidece, adelgaza y pierde el apetito, acusa dolores en el vientre y en el dorso; el abdómen aumenta de volúmen cada vez mas, y se pone doloroso. Estos esfuerzos dolorosos no permiten distinguir la ausencia del útero y de los ovarios, de la impermeabilidad de los conductos escretores. Así cada vez que deba verificarse el molimen hemorrágico, deberá preceder un exámen minucioso (1).»

II. Amenorrea sintomática de una alteracion del estado normal de la sangre.—Es menester hacer primero la distincion de las *menstruaciones retardadas*. Las investigaciones de Bierre de Boismont, de Scanzoni (2) y de algunos otros autores que han demostrado que fuera de todo estado patológico del organismo, en los climas templados, la menstruacion se efectúa por término medio á la edad de quince años, y no deben considerarse como patológicos los casos en que se retrasa hasta los diez y siete y aun mas.

Luego mientras no se presenta ningun fenómeno morboso en los casos de este retraso, no puede decirse que hay amenorrea, y debe considerarse como un retraso en la operacion de las reglas aunque se prolongue hasta los diez y nueve ó veinte años. En los casos contrarios, es necesario reconocer la existencia de una causa perturbadora.

Entre las causas de menstruacion, todavía debe notarse *el retraso del desarrollo* de los genitales internos, las *enfermedades permanentes de los ovarios y del útero*, la *clorosis*, y las *diátesis escrofulosa ó tuberculosa*. En la mayor parte de los casos, los signos de la pubertad se retrasan tambien, no siendo dudosa la falta de ovulacion y la ineptitud para la fecundacion.

Pero, en otras circunstancias, la funcion es solamente incompleta por la ausencia de uno de sus elementos, el flujo sanguíneo, la ovulacion se verifica, y á pesar de la falta de las reglas, es posible la fecundacion. Scanzoni cita el caso siguiente : Una jóven de veinte y dos años, clorótica y *aun no reglada*, murió de una pulmonía. En la autopsia se encontró en un ovario una vexícula de Graaf recientemente rota que contenia un coágulo de sangre fresca aun. Además, los dos ovarios presentaban igual número de cicatrices, signos recientes de otras tantas ovulaciones anteriores. Racle refiere tambien otra señora que nunca habia tenido flujo menstrual, que tuvo tres hijos y murió tuberculosa á la edad de treinta años.

El diagnóstico de la menstruacion tardía es muy difícil relativamente á saber si la ovulacion se verifica ó no. Sin embargo, es evidente que, en el primer caso, debe haber desarrollo exterior suficien-

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. de l'anglais, par Wieland et Dubrisay, Paris, 1866, p. 195.—Voyez aussi Bernutz, *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiq.*, t. II, art. AMÉNORRHÉE, Paris, 1864.

(2) Scanzoni, *Maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858, p. 263 y siguiente.

te, y observarse de un modo periódico los fenómenos que indican la congestion útero-ovárica; en el segundo caso, deben faltar estas manifestaciones.

Si solo hay retraso sencillo de la menstruacion, creemos que el médico debe abstenerse de todo tratamiento. Si, por el contrario, los signos de la pubertad y la congestion uterina se manifiestan, es menester, por los medios apropiados, ayudar al flujo de sangre, porque la congestion uterina no disipada por la hemorragia puede ser causa de lesiones inflamatorias ó alteraciones crónicas del útero y de los ovarios.

III. De la supresion de la menstruacion.—Antes de tratar de la supresion repentina ó crónica de las reglas, conviene recordar que, en algunas mujeres el útero y los ovarios pueden sufrir prematuramente la atrofia (involucion), que sobreviene habitualmente, como fenómeno fisiológico, en una edad mas ó menos avanzada. El flujo menstrual cesa entonces despues de solo algunos años de actividad de las funciones sexuales, á los veinticinco años, á los treinta años, por ejemplo. Se ha atribuido esta rápida suspension á causas diversas, y se cree la detencion de la menstruacion precede la existencia de una grave enfermedad anterior de carácter debilitante, la causa lesionada prolongada, las partes numerosas y muy próximas que terminan una expecie de cansancio de los órganos genitales; en fin, cuando la menospausia es habitualmente prematura en individuos de la misma familia.

Como en el caso precedente, el diagnóstico es difícil; pero se esclarece con la observacion de la carencia ó existencia de la congestion periódica del útero, y en las que no sobreviene ninguna alteracion local ó general determinada por la supuracion de las reglas. Si la menospausia es positiva, aunque prematura, la salud no se altera; algunas mujeres adelgazan, otras enferman; el temperamento cambia, por último, el carácter se hace mas fuerte, mas viril y la mujer parece convertirse en un sér neutro.

Entrevemos ya en el estudio de las supresiones patológicas, propiamente dichas.

Nadie ha estudiado las causas ocasionales de la amenorrea por supresion mejor que Brierre de Boismont (1); así, pues, vamos á tomar de él gran parte de los detalles siguientes: «se puede, dice, reducir á tres puntos el órden con que se manifiesta esta amenorrea. Las causas son *físicas*, *morales y desconocidas*. Véase en las 109 observaciones que hemos recogido cómo se han dividido los hechos.

Causas físicas	68
— morales	92
— desconocidas	30

(1) Brierre de Boismont, *De la menstruation*. Paris, 1842, p. 302.

»De todas las causas físicas, la mas frecuente de todas es la *accion del frio*. Las reglas se detienen por la inmersion de los piés, de las manos y del cuerpo *en agua fria*. El no ponerse un traje habitual y de mas abrigo, y el *enfriarse estando el cuerpo sudando* determinan tambien este accidente. La *supresion del sudor de los piés* ha producido muchas veces la amenorrea (Mondiere).

»Se incluyen igualmente en el número de las causas que hemos observado los *golpes*, las *caidas*, los *trabajos*, las *indigestiones*, las *fatigas* y el *abuso de los medicamentos*, pero su accion es mucho mas limitada. Hay mujeres en quienes el uso de los *paños* durante la menstruacion produce la supresion de las reglas.

«Las *causas morales* son quizás mas numerosas que las precedentes. El miedo, el terror, las grandes emociones y la cólera son las que obran mas generalmente. Las *pasiones* producen tambien con mucha frecuencia la amenorrea, y Stahl (1) es de opinion que la amenorrea producida por causas morales, y sobre todo por el *miedo*, es una de las mas comunes.»

En un considerable número de casos sobreviene la amenorrea sin causa apreciable. Estos casos son aquellos en que no se oberva al principio sino una disminucion del flujo menstrual, bien en su abundancia, bien en su duracion, ó lo que es mas comun en uno y otro á la vez.

Resulta, pues, de lo que viene dicho que la causa habitual de la amenorrea, de que me ocupo en este artículo, produce ordinariamente una supresion repentina de los ménstruos.

No se puede considerar como verdaderas amenorreas sino los casos en que despues de haberse suprimido las reglas durante el curso de una época menstrual, no se reproducen en una ó mas de las épocas siguientes. Si fuera de otra manera no habria mas que una supresion cuya importancia seria mucho menor.

René Vanoye (2) ha citado un caso en que la amenorrea era evidentemente debida á la *presencia de lombrices en los intestinos*. Habiendo sido expelidas algunas lombrices á consecuencia de haber usado los calomelanos y los purgantes resinosos, se administraron los antihelmínticos, se arrojaron gran cantidad de entozoarios, y las reglas que no pudieron hacer aparecer los emenagogos mas activos, se restablecieron perfectamente.

«Una excitacion particular intensa de los órganos genitales produce á veces la suspension del flujo menstrual durante cierto número de meses. A esta causa puede referirse la ausencia del flujo menstrual que se observa á veces durante dos ó tres meses en las jóvenes recien casadas, lo que á veces da lugar á creer en un embarazo incipiente.» (E. Fritz). Parent-Duchâtelet ha visto que las mujeres públicas esta-

(1) Sthal, *Theor. med. vera*, pars XIX, p. 588.
(2) René Vanoye, *Annales de Roulers*, 5.ª livr., 1849.

ban sujetas á alternativas amenorráicas y metrorrágicas, sin que pueda referirse este trastorno á otra causa (1).

Entre las causas que pueden dar lugar á la supresion repentina de las reglas, indicaremos las enfermedades agudas, cuya invasion se verifique durante las reglas. Segun Herard (2), que ha indicado particularmente este fenómeno, la supresion puede ser completa ó incompleta. Las enfermas, en este caso, refieren á la supresion el desarrollo de los fenómenos febriles en oposicion á la verdad. En algunos casos en que una enfermedad febril bien caracterizada se declara despues de la supresion de las reglas, debe considerarse como consecuencia de la reaccion determinada por la supresion del flujo mismo (3).

§ I.—Síntomas.

En la descripcion de los *síntomas* es necesario tener en consideracion: 1.°, los fenómenos que sobrevienen inmediatamente despues de la supresion de los ménstruos; 2.°, los que se presentan cuando el flujo menstrual no se reproduce, y 3.°, los que acompañan á la disminucion gradual de la henorragia menstrual.

1.° No es muy raro ver verificarse una supresion repentina de las reglas sin que aparezcan síntomas notables. Yo he visto algunos casos de este género, y en la Sociedad médica de observacion he oido referir otros muchos, en los que esta supresion no tuvo ningun resultado desfavorable.

En los casos comunes se observan, por el contrario, fenómenos marcados. Efectivamente, se encuentran en los autores gran número de observaciones en que están consignados estos diversos síntomas; mas por desgracia no se hallan estos casos suficientemente especificados, y se ven confundidos los infartos del útero con las inflamaciones de este órgano y las amenorreas sobrevenidas en la clorosis y la anemia; de suerte que es muy difícil decidir lo que realmente corresponde á la amenorrea.

Los síntomas que mas generalmente se observan son los siguientes: *dolores* lancinantes en la pélvis, que se irradian mas ó menos lejos, como en la dismenorrea; peso hácia el perineo, cólicos uterinos, malestar general, inquietud, lasitud, pandiculaciones, horripilaciones, vértigos, perturbacion de la vista, tristeza, pesadez de cabeza, aversion á los alimentos, digestiones difíciles y flatuosidades.

Es bastante comun ver despues del tiempo necesario para que se efectúe la funcion menstrual, que se calman los síntomas que aca-

(1) Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3.ª édition. Paris 1857, t. I, p. 232.
(2) Hérard, *Mém. sur l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles*, lu á la Société médicale des hôpitaux de Paris, et inséré dans ses *Actes*, 2.ª parte, 1852.
(3) Wieland et Dubrisay, annotation à la page 206 de Fl. Churchill, *loc. cit.*

bamos de indicar, si es que no desaparecen completamente. Cuando persisten en tan alto grado, consisten en el malestar y la debilidad de que hemos hablado, y muchas veces en una tumefaccion del vientre con sonoridad, ó en otros términos, en una inflamacion mas ó menos considerable, que tiene de notable el que en ciertos momentos desaparece de repente ó con mucha rapidez, para reproducirse ordinariamente al cabo de mas ó menos tiempo.

2.° En la época menstrual siguiente se ve las mas veces que se reproducen los accidentes que se han seguido á la supresion, y además ciertos fenómenos simpáticos que anuncian la erupcion de las reglas: tal es, por ejemplo, la tumefaccion de los pechos. Despues estos síntomas repiten de nuevo para presentarse todavía en mayor ó menor número de veces en las épocas siguientes. No es raro sin embargo, ver que la época menstrual que viene despues de la supresion, pasa sin observarse ningun fenómeno, y se establece la amenorrea sin ningun accidente. En el mayor número de casos la amenorrea existe sin presentar otro signo que la supresion de la hemorragia periódica hasta despues de muchas épocas menstruales.

3.° En cuanto á la amenorrea que sobreviene progresivamente y que se manifiesta con frecuencia sin causa apreciable por una disminucion dada vez mayor del flujo menstrual, puede tener lugar sin otro signo notable, así como puede tambien presentar en un grado variable los síntomas de la dismenorrea, que hace poco hemos examinado.

Cuando se ha establecido la amenorrea despues de cierto tiempo, se puede, como hemos dicho ya, no observar ningun síntoma, por desempeñarse todas las funciones normalmente, excepto el flujo menstrual, y aun se han citado casos en que nunca se han presentado las reglas, y en los que no ha habido ninguna alteracion de la salud.

Pero las mujeres se quejan ordinariamente de un estado enfermizo mas ó menos intenso. Si es completa la supresion, los fenómenos generales son los que llaman principalmente la atencion. La enferma está débil, en un estado notable de languidez, y presenta los signos que hemos descrito en los artículos Anemia y Clorosis. En semejante caso, ¿se puede atribuir la aparicion de la anemia á la amenorrea? Esta cuestion parece á primera vista muy fácil de resolver; pero si se examinan atentamente los hechos, se verá que la clorosis puede ser resultado de la amenorrea, como esta puede ser efecto de la clorosis.

Una de las consecuencias mas curiosas de la amenorrea idiopática es sin contradiccion la *hipertrofia de todos los tejidos*. En dos casos hubo supresion repentina de los ménstruos á consecuencia de una viva emocion moral. Todo el cuerpo habia adquirido un enorme desarrollo, sobre todo en la primera enferma (la llamada Mariana, que ha permanecido muchos años en dicho Hospital General), y al mismo tiempo se observaban fenómenos nerviosos, y habia habido numerosos accidentes

en las épocas menstruales que se habian seguido á la supresion (1).

Se ha citado tambien, como resultado de la amenorrea, diversos estados morbosos, que son mas curiosos que útiles de conocer para la práctica. Por consiguiente nos limitaremos á señalar el *color azul del cuerpo* (2), el *color negro de la piel* (3), y los *dolores osteócopos* que se resisten al tratamiento mercurial (caso observado por Gendrin).

Aun pueden resultar de la amenorrea otras consecuencias mas graves, que tambien han sido indicadas por Brierre de Boismont, quien ha reunido los hechos mas interesantes que han publicado los autores sobre este punto. Estas son *diversas enfermedades mentales*, tales como la manía, la lipemanía, etc., ó bien la *hidrofobia*, y en fin, las *neuroses* mas variadas. Es verdad que se pudiera preguntar si algunas veces no se han considerado como producidas mútuamente, afecciones que estaban bajo la dependencia de una causa general no bien averiguada; pero aun cuando no hubiera sino un cortísimo número de hechos, en que no sea posible dudar, el práctico debe tener siempre presente la posibilidad de esta relacion entre la enajenacion mental y la amenorrea, porque en realidad nada hay mas interesante para la terapéutica. Insistimos en este punto, porque los hombres que mas se han ocupado con mejores resultados de la enajenacion mental, y expecialmente Esquirol, han concedido la gran influencia que las enfermedades del útero tienen en los trastornos de la inteligencia.

§ II.—Curso, duracion y terminacion.

Ya hemos visto que la amenorrea que se establece despues de una supresion no presenta ordinariamente esta progresion que se observa en la que aparece expontáneamente. Sin embargo, hay casos en que no sucede así. En la primera época, despues de la supresion, el esfuerzo menstrual, que por lo comun existe, puede ser seguido de la expulsion de cierta cantidad de sangre, que disminuye en seguida en cada nueva época hasta que es completa la amenorrea. Algunas veces no se observa mas que esta simple disminucion. En otras ocasiones se ve tambien, y esto se ha notado en las mujeres, que una amenorrea de corta duracion (dos, tres ó cuatro meses), es seguida de una verdadera hemorragia, y se reproduce despues para terminarse por el mismo accidente.

No se puede fijar la *duracion* de la amenorrea, y solo se debe decir en general que la que se establece repentinamente por supresion dura menos, sobre todo cuando se la combate con un tratamiento

(1) Brierre de Boismont, obs. 104 y 105, *loc. cit.*
(2) Brierre de Boismont, *Menstruation*, p. 221.
(3) *Journal de médecine de Corvisart*, t. V.

apropiado, que la que se ha manifestado lentamente y sin causa apreciable; pero esta regla tiene numerosas excepciones.

Es sumamente raro ver que la amenorrea, y sobre todo la que ha seguido á la supresion de las reglas, se prolongue durante la vida. Las mas veces, sea expontáneamente, ó lo que es mas comun, bajo la influencia de un tratamiento activo, se restablecen las reglas, y, como hemos visto anteriormente, es algunas veces de temer que este restablecimiento no se verifique por una menorragia.

§ III.—Lesiones anatómicas.

No hay ninguna *lesion anatómica* que se pueda atribuir en propiedad á la amenorrea. Es indudable que en las mujeres que sucumben despues de haberla padecido, se encuentran ordinariamente lesiones importantes, ya de la sangre, ya del útero ó de otros órganos; pero estos son vestigios de la enfermedad, bajo cuya influencia se ha producido la amenorrea, y no de la misma amenorrea; lo que prueba es que en las mujeres que nunca han estado regladas, y aun en las que han visto desaparecer su flujo menstrual, establecido ya desde un tiempo mas ó menos largo, se puede muy bien no encontrar lesion alguna, de cualquier especie que sea, que tenga la menor relacion con la amenorrea. Vigla ha comunicado á Brierre de Boismont la observacion de una mujer de cincuenta años, que nunca habia sido reglada, y que no presentaba mas lesion que un pequeño quiste del ovario, á la verdad bien insuficiente para explicar la amenorrea.

Antes de pasar mas adelante, creemos útil decir algunas palabras de la *amenorrea con leucorrea uterina suplementaria*. Las investigaciones de Marc d'Espine (1) y de Brierre de Boismont han probado que la leucorrea retarda á veces notablemente la aparicion de las reglas. En los casos que comprende este párrafo, la leucorrea parece, por el contrario, constituir el mismo flujo menstrual. «En realidad, en estos casos habia amenorrea, puesto que el flujo sanguíneo no se verificaba, pero el útero segregaba un líquido blanco. El útero no seria la causa del padecimiento, solo parece que los materiales que debian suministrar la secrecion son insuficientes, produciéndose en mujeres de salud débil y delicada. Por esta razon se tiene fija la vista en la aparicion de las reglas, considerándola como una crísis, de la que depende la buena salud de las mujeres. Si se interroga con cuidado á las mujeres, se observará que los signos de la menstruacion se presentan con regularidad. La paciente refiere dolores en las caderas, malestar, languidez, peso en el bajo vientre, y sin embargo, no se presentan las reglas como parecia debia verificarse. Se cometeria una grave falta tratando estas mujeres como afectadas de amenorrea simple; deberá hacerse una exploracion mas profunda, y se

(1) Marc d'Espine, *Arch. de méd.*, 2.ª série, t. XI, p. 5, 305.

observará que en la época de las reglas habia flujo blanco vaginal. La duracion de este flujo leucorréico dependerá del éxito de nuestros esfuerzos á mejorar el estado general de la enferma (2).»

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Una disminucion notable de la cantidad de la sangre en cierto número de épocas menstruales, ó bien una supresion completa del flujo periódico, tal es, en efecto, en lo que consiste la enfermedad. Considerada bajo este aspecto la amenorrea, no es posible confundirla con ninguna otra, sino con la dismenorrea que se acompaña con bastante frecuencia de la disminucion del flujo menstrual; pero esta dificultad no detendrá largo tiempo al médico. Efectivamente, basta recordar que en semejante caso están reunidas ambas afecciones, y toda duda cesa inmediatamente; de esta manera se tienen tres estados distintos: 1.° Trastornos nerviosos y dolores vivos, etc., que acompañan á una menstruacion bastante abundante, lo cual constituye la *dismenorrea simple;* 2.°, estos mismos accidentes que sobrevienen durante el curso de ménstruos notablemente disminuidos; esta es la *amenorrea complicada con la dismenorrea;* 3.°, la disminucion del flujo menstrual sin accidentes nerviosos ó congestiones notables, que es la *amenorrea simple,* y la que con mas frecuencia se produce sin causa apreciable. Cuando la *amenorrea es completa* no se puede tener la menor duda.

Sin embargo, la parte mas interesante del diagnóstico es la que consiste en distinguir si la menorrea es simple, idiopática, ó si depende de un estado morboso ordinariamente muy grave. Para llegar á formar este diagnóstico, es necesario recordar cuáles son los estados morbosos en que disminuye de actividad ó cesa completamente la funcion menstrual. Pero, en primer lugar, encontramos las diversas afecciones crónicas, y sobre todo la tísis y el cáncer en otros órganos diferentes del útero; despues la clorosis y la anemia, que resultan de las diversas causas que se han indicado en los artículos consagrados á estas afecciones, y luego las enfermedades de la matriz, la falta de este órgano, su atrofia, etc. Es fácil concebir que seria demasiado largo el indicar lo que sucede en estos diferentes casos. El práctico lo recordará por otra parte muy bien, y será fácil en todos los casos recurrir á las descripciones de las enfermedades que acabamos de enumerar.

§ V.—Tratamiento.

Hay cierto número de circunstancias capitales que se deben tener en consideracion cuando se trata de dirigir el tratamiento: 1.°, el

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, p. 203 y 204.

médico puede ser llamado para curar una supresion reciente, que da lugar á algunos de los accidentes indicados en su lugar; 2.°, puede tenerse que combatir una amenòrrea consiguiente á una supresion ó sobrevenida expontáneamente, que da lugar en las épocas menstruales á trastornos nerviosòs mas ó menos violentos, ó á cierta congestion resultante del esfuerzo hemorrágico detenido; 3.°, se trata solamente de restablecer las reglas suprimidas ó notablemente disminuidas, sin que se manifieste ningun esfuerzo hemorrágico; 4.°, finalmente, se puede tener que tratar estos diversos estados morbosos que hemos visto seguir á la amenorrea, tales como la nevrosis, la anemia, etc.

1.° **Tratamiento de los accidentes que se siguen inmediatamente á la supresion.**—Cuando en seguida ó poco tiempo despues de una supresion sobrevienen, lo que es mas comun, los accidentes que he dado á conocer en la descripcion de los síntomas, se debe reconocer por medio de la exploracion directa si hay infarto del útero. Si existe esta lesion, que es lo que se observa generalmente, se debe poner en uso el tratamiento aconsejado contra la *congestion sanguínea del útero* (1), y además algunos medios particulares. Así, pues, se prescribirán los *pediluvios sinapizados*, se expondrán las partes genitales de la enferma al vapor del agua hirviendo; se aplicarán sinapismos ambulantes á los muslos, y *ventosas* secas á los mismos parajes. Se pondrá un corto número de *sanguijuelas* (dos, tres ó cuatro á los labios mayores ó al ano); en una palabra, se usarán los medios recomendados para llamar la sangre hácia el útero en bastante abundancia para que pueda fluir.

Sin embargo, no conviene insistir mucho tiempo en estos medios, si no fuesen seguidos de buenos efectos', porque se correria el riesgo de aumentar inútilmente la congestion uterina. Tampoco convendria usarlos si el médico fuese llamado en una época demasiado lejana á la vez del momento de la supresion y de la época menstrual siguiente, porque no habria ninguna esperanza fundada de restablecer las reglas. En semejante caso, es mejor recurrir á las emisiones sanguíneas mas abundantes, á los emolientes, á los narcóticos y á los antiespasmódicos, para hacer cesar los accidentes, esperando para obrar, á fin de restablecer los ménstruos, que esté próxima la nueva época menstrual.

Cuando se han suprimido las reglas á causa de la impresion viva del frio sobre todo el cuerpo, de la impresion en el agua, etc., se han recomendado muy expecialmente los *sudoríficos* y los *excitantes* difusibles. Así, pues, se prescribe la *infusion de borraja*, de *saúco*, de *menta*, de *salvia*, de *romero*, etc.; las preparaciones en que entra el *acetato de amoniaco*, el *éter* y las *fumigaciones aromáticas* generales ó parciales. Se cubre á la enferma con *vestidos de abrigo*,

(1) Véase el art. IV.

y muchos médicos recomiendan un *ejercicio bastante activo*, si las fuerzas lo permiten, y si el malestar, la agitacion y á veces un ligero movimiento febril no se opone á ello. Se consigue el restablecimiento de una traspiracion local suprimida rodeando la parte de franela y de hule, segun la manera de hacerlo indicada por Mondiere, para reproducir la traspiracion de los piés, cuyos pormenores pueden verse en el artículo EPISTAXIS (tomo II).

2.° **Tratamiento de la supresion mas ó menos antigua con síntomas de congestion en el momento de las reglas.**—El mismo tratamiento se puede aplicar perfectamente á los casos en que, durante las épocas que siguen á la supresion, vienen á presentarse síntomas generales y locales de erupcion menstrual difícil. Como se sabe, por lo comun, lo que ha sucedido en las épocas precedentes, no nos vemos obligados á esperar para poner en práctica los medios que constituyen este tratamiento, á que los accidentes se hayan producido ó adquirido gran incremento, sino que cuatro, cinco ó seis dias antes de la época en que deberian aparecer las reglas se prescriben *pediluvios*, *la exposicion de las partes genitales al vapor del agua hirviendo*, *sanguijuelas en corto número*, los *narcóticos* y los *antiespasmódicos*; en una palabra, cierto número de medicamentos que conocemos, elegidos segun que predomina tal ó cual síntoma.

En el caso particular de que hablamos, es necesario insistir mas en los medios apropiados para producir un esfuerzo hemorrágico hácia el útero, y se usarán sobre todo los *emenagogos* ligeros que me limito á indicar aquí, porque en breve me ocuparé de ellos detalladamente, y se recurrirá á los tópicos calientes sobre las partes genitales, á los *sinapismos* ambulantes, á los muslos, ó bien á las *fumigaciones excitantes*, como, por ejemplo, la siguiente:

R. Ajenjos........... } aa 30 gram. | Agua hirviendo......... 1.000 gram.
Artemisa cortada.. }

Infúndase. Se dirige el vapor de esta infusion hácia las partes sexuales.

Chrestien (1) logró la aparicion de las reglas, en un caso en que existia eretismo nervioso, haciendo en la parte superior interna de los muslos fricciones cada dos horas con la *tintura antiespasmódica* siguiente:

R. Opio............. 49 centígr. | Alcohol................ 32 gram.

Esta cantidad debe emplearse en veinticuatro píldoras.

Gibson (2) cita muchos casos en que, reaparecian las reglas bajo la influencia de las *inhalaciones de cloroformo*, en algunas ame-

(1) Chrestien, *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 15 Junio, 1852.
(2) Gibson, *Philadelphia med. Examiner*, 2852.

norréicas; así emplea tambien este medio en la dismenorrea y en la amenorrea por supresion, cuando no hay inflamacion.

3.° **Tratamiento de la amenorrea por atonía de los órganos genitales.**—Los medios empleados con el objeto de hacer mas abundante las reglas notablemente disminuidas, ó de restablecerlas cuando están suprimidas, son sin contradiccion los mas numerosos, porque desde muy antiguo los médicos se han convencido de la necesidad de sostener el flujo menstrual, é impresionados por los accidentes tan variados que resultan de su supresion, se han esforzado en enriquecer la medicacion *emenagoga* de la que vamos á ocuparnos.

Con el auxilio de ciertas sustancias tomadas interiormente es con lo que se trata de restablecer las reglas. Evidentemente no se debe tratar aquí mas que de los medicamentos, que en opinion de todos los médicos, tienen una accion expecial sobre el útero, y deben emplearse en los casos de amenorrea idiopática, ó segun la expresion de algunos autores, de amenorrea por *atonía de los órganos genitales*.

La *infusion* de estas sustancias es de uso muy general, y se la prepara de la manera siguiente:

R. Ruda fresca........... 4 gram. | Agua hirviendo........ 1000 gram.

Infúndase durante diez minutos. Se toma á tazas, añadiendo suficiente cantidad de jarabe de genciana por cada taza.

R. Sabina fresca...... 2 á 3 gram. | Agua hirviendo....... 1000 gram.

Infúndase y adminístrese del mismo modo que la anterior.

Si se hiciese la infusion con las *plantas secas*, seria necesario reducir á la mitad la dósis de la sustancia medicinal.

Desbois (1) recomienda con mucha eficacia la pocion siguiente, que ha gozado de la mayor reputacion, y en la cual se encuentra la *artemisa* unida á las sustancias que se acaban de indicar.

R. Aceite esencial de ruda... } aa 30 centíg. | Azúcar................. 30 gram.
— — de sabina. }

Tritúrese en un mortero de vidrio y añádase:

Agua destilada de artemisa. 160 gram. | Agua destilada flor de naranjo 16 gram.

Se toma una cucharada cada dos horas.

Tommasini (2) recomienda unir la *sabina* á la dósis de 1, 25 gramos con cortas dósis de *acibar*.

(1) Alibert, *Éléments de thérapeutique*, t. II.
(2) Véase *Journal hebdomadaire de médecine*, 1834.

Tambien se da la *ruda* en pocion de la manera siguiente:

R. Agua destilada de menta piperita............ }	aa 60 gram.	Tintura de azafran........ 20 gotas.
Agua destilada de ruda. }		Jarabe de artemisa......... 30 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas cada dos horas.

No se deben dar estos medicamentos sino en casos en que se esté bien seguro de que no hay mas que una congestion del útero, ó si esta congestion existe y se cree que hay necesidad de aumentar un poco al esfuerzo hemorrágico, es necesario obrar con muchos miramientos, porque como han visto muchos prácticos y particularmente Soyer (1), si falta la prudencia en semejantes circunstancias, se pueden ocasionar los mas graves accidentes, los cuales llegaron en un caso citado por Soyer á consistir en una grande agitacion, calentura ardiente, delirio y síncopes.

Despues de estos *emenagogos propiamente dichos*, á los que es necesario añadir la *artemisa*, nos limitaremos á citar las plantas aromáticas que he tenido ocasion de mencionar; el *azafran*, los *purgantes suaves*, medicamentos que no tienen mas que una union auxiliar, y cuya administracion es de las mas fáciles.

Marrotte (2) y despues Corlieu (3) han preconizado el empleo del apiol en el tratamiento de las amenorreas sencillas, cuando parece no haber otra indicacion que llenar sino obrar sobre la circulacion uterina, sobre su aparato vaso-motor, y solicitar por intermedio que los vasos puedan exhalar la sangre. Entonces administra el apiol en cápsulas que contengan cada una 25 centígramos, y hace tomar una cápsula por la mañana y otra por la tarde. Continúa este tratamiento durante toda la duracion de las reglas. (Para mas detalles sobre este agente terapéutico, véase mas adelante artículo DISMENORREA).

Chapman y Morris (4) aconsejan el cocimiento de *polígala senega* á la dósis de 120 gramos en las veinticuatro horas, pudiéndose elevar á 60 gramos cada hora en la proximidad de la época menstrual, pero dejando un intervalo de una ó dos semanas para no disgustar á las enfermas.

Este cocimiento se prepara poniendo 30 gramos de raíz contundida en 500 gramos de agua hirviendo en vaso cerrado, reduciéndose á un tercio por la evaporacion. Se puede añadir un aromático para oponerse á sus efectos nauseabundos.

Acónito.—Habiendo observado el doctor West (5) en dos casos en que se habia administrado el acónito, que las reglas suprimidas se

(1) Soyer, *Essai sur l'aménorrhée*, thése. Paris, 1831.
(2) Marrotte, *Bulletin de thérapeutique*, Octubre 1863.
(3) A. Corlieu, *De l'apiol dans l' aménorrhée et dans la dysménorrhée (Gazette des hôpitaux*, 9 Junio 1864).
(4) Chapman et Morris, *Philadelphia med. Examiner*, 1851.
(5) West, *Note sur les propiétés emménagogues de l'aconit (Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. VIII, p. 427).

habian restablecido perfectamente, dió esta sustancia en otros muchos casos de amenorrea, en los que la supresion databa de muchos meses; y vió restablecerse prontamente los ménstruos. Así, pues, propone emplear este medicamento como emenagogo de la manera siguiente:

R. Extracto acuoso de acónito....... 1,50 gram.

Háganse treinta píldoras, que se toman como se dice á continuacion

Se empieza la administracion de las píldoras, ocho dias antes de la época ordinaria de la menstruacion, por tomar una al dia, al siguiente se prescriben dos, y se aumenta á la dósis una píldora cada dia, de suerte que en el que debieran aparecer las reglas la enferma tome ocho.

Los hechos citados por West no son numerosos. Seria necesario para esto que se multiplicasen mucho; por consiguiente no puedo decir nada de exacto sobre esta medicacion, y me limito á añadir que el doctor West nunca ha visto resultar el menor accidente de este modo de administrar el acónito.

Tambien se ha prescrito la *belladona*, recomendada primeramente por Evert (1), y despues por Sundelin y Mende, el *beleño* y otros narcóticos. El doctor Richter une la *belladona* á los *calomelanos;* pero no nos debemos detener mas tiempo en el uso de estos medicamentos, porque no están suficientemente expecificados los casos en que se han administrado, y únicamente diremos en general, que los medicamentos narcóticos convienen particularmente cuando existen dolores vivos y una marcada agitacion.

Iodo.—El iodo ha sido muy alabado como emenagogo hace algunos años. Los doctores Coindet, Brera (2), Sablairolles, Recamier y Trousseau (3) han sido los que principalmente han insistido en sus ventajosos efectos en la amenorrea. Sin embargo, segun Trousseau (4), el iodo no conviene sino en las mujeres bien coloradas, cuyas reglas se hallan simplemente disminuidas y fluyen sin dolor, lo que es el caso mas raro. Este autor recomienda la tintura de iodo administrada de la manera siguiente:

R. Tintura de iodo..... 25 á 30 gotas. | Jarabe de flor de naranjo.... 250 gram.
Infusion de menta...... 120 gram.

Se toma durante el dia á cucharadas.

Es preciso, añade Trousseau, continuar el uso de este medio durante dos ó tres meses. Por mi parte debo hacer notar que en los ca-

(1) Ever, *Nov. Act. cur.*, Noviembre 1791.
(2) Brera, *Saggio clin. sull' iodio*. Panova, 1822.
(3) *Journal des connaissances médicales*, Noviembre 1835.
(4) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 7.ª édition. Paris, 1862, t. I, p. 317.

sos citados no se han limitado á administrar el iodo, sino que por el contrario se ha recurrido á otros medios activos, lo que hace dudosa la eficacia de esta sustancia y exige nuevos experimentos.

Segun Trousseau, la *mistura de hidriodato de potasa* de Wallace, es una preparacion que conviene en los casos en que está indicado el iodo. Hé aquí la fórmula:

R. Ioduro de potasio...... 8 gram. | Agua destilada.......... 30 gram.

Se toma una ó dos cucharadas todos los dias.

Trousseau (1) emplea tambien, en el momento en que se producen las congestiones expontáneas hácia el útero que marcan las épocas menstruales, la *tintura de iodo* á la dósis de un gramo al dia en un julepe. Algunas veces se provocan así las reglas en veinticinco horas; pero no se dice en las observaciones que tengo á la vista si se han usado otros medios en los intervalos.

Cornezuelo de centeno.—Tracher (2), Weil, etc., han alabado sus buenos efectos, pero no han expecificado los casos, de suerte que quedamos en la misma incertidumbre. La administracion del cornezuelo de centeno no se diferencia de la que hemos indicado en uno de los artículos precedentes.

Estricnina.—Los doctores Bardsley (3) y Churchill (4), han usado la estricnina, y el último ha citado un caso en el que al cabo de poco tiempo la menstruacion suprimida hacia ya diez meses se restableció á consecuencia de la administracion de la estricnina á la dósis de 4 á 5 *miligramos* al principio tres veces al dia, aumentando despues con prudencia hasta la de 6 á 7 *miligramos* igualmente tres veces al dia. Administrado con precaucion este medicamento se le puede ensayar; pero seria prematuro decidir nada acerca de su eficacia antes que hayan venido á ilustrarnos nuevas observaciones bien expecificadas.

Cantáridas.—Se han administrado las cantáridas bajo la forma de tintura ó de polvos, y el doctor Dewees (5) ha citado algunos casos en que este medicamento ha parecido producir buenos efectos; pero como hacen notar los autores del *Compendio de medicina práctica*, esta sustancia es demasiado peligrosa para que se la pueda recomendar no teniendo hechos mas numerosos y mas decisivos.

Vomitivos y purgantes.—Pocos han sido los autores que han aconsejado estos medios; sin embargo, entre los *vomitivos* la *ipecacuana*, encomiada por Guilbrand, ha gozado de alguna reputacion como emenagogo, y se han empleado con bastante frecuencia los purgan-

(1) Véase Duclos, *Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXI, Noviembre 1846.
(2) Tracher, *The Journal of sciences*, etc. London, 1816.
(3) Bardsley, *Hosp. facts and observ.* London, 1830.
(4) Fl. Churchill, *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1834.
(5) Dewees, *A compend. syst. of midwifery.* Philadelphia, 1826.

tes ligeros. Entre estos se eligen los que obran expecialmente sobre el intestino grueso, como la *jalapa*, la *gutagamba*, y sobre todo el *acíbar*, que forma parte de gran número de preparaciones emenagógas. El doctor Chaumet (de Burdeos) le unia á la *genciana* y á los *calomelanos* de la manera siguiente:

R. Extracto de genciana.................... 15 centígramos.
Acíbar sucotrino...................... 5 centígramos.
Calomelanos preparados al vapor....... 5 centígramos.

H. S. A. veinte píldoras iguales, y se toma una por la mañana y otra por la noche.

Todavía pudiera citar otros purgantes mas enérgicos, y particularmente el *vino de coloquintida;* pero el uso de los medicamentos de esta expecie es demasiado incierto para que deba recurrir á ellos en los casos ordinarios.

Tambien se han usado contra la amenorrea otros medicamentos, acerca de los cuales seria muy poco útil y demasiado largo el detenernos. Entre otros citaré el *rábano rustícano*, la *rubia*, alabada por Fonteca, el doctor Dewees, etc.; la *poligala del Senegal*, la *trementina*, dada por la boca ó en lavativas (Elliotson), el *bórax* (Hufeland), la *mirra*, el *eléboro negro*, etc. Los datos que tenemos sobre los efectos de estas sustancias son poco ciertos.

Preparaciones de oro.—En los casos en que se ha prescrito el *iodo*, es decir, cuando hay motivos para sospechar que la amenorrea depende de un vicio escrofuloso, se administra este medicamento.

Pastillas de cianuro de oro (Chrestien).

R. Cianuro de oro...... 10 centígr. | Pasta de chocolate......... 32 gram.

H. S. A. veinticuatro pastillas, que se toman de una á cuatro al dia, aumentando progresivamente.

Píldoras de cianuro de oro (Chrestien).

R. Cianuro de oro....... 5 centígr. | Extracto de dafne mezereon. 15 centígr.

Mézclese con

Polvo de malvabisco..................... C. S.

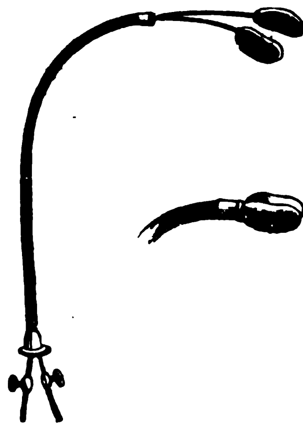
Háganse quince píldoras de 20 centígramos, y se dan de una á tres al dia, aumentando progresivamente.

Como no podria hacer aquí otra cosa que repetir lo que he dicho en la historia de las *escrófulas*, al tratar de las preparaciones de oro, remito á aquel lugar al lector, y me contentaré con añadir, que se debe manejar siempre estas preparaciones con mucha prudencia, y que no se debe elevar la dósis sino muy lentamente. (Véase tomo I, artículo ESCRÓFULAS.

Medios externos.—Ya hemos hablado de los diversos medios empleados para llamar la sangre hácia el útero (ventosas secas, pedilu-

vios sinapizados, sanguijuelas en corto número, etc.), y por lo mismo no volveré á tratar de ellos aquí; pero me quedan por indicar algunos medios externos, de los cuales algunos son mucho mas activos y mas ó menos elogiados.

Electricidad.—En la época en que se empleó la electricidad en todas las enfermedades en que se suponia haber un estado de atonía de un órgano, se la debia naturalmente poner en uso contra la amenorrea. Efectivamente, se encuentran en las colecciones periódicas un gran número de hechos, en los que se ve que las reglas suspendidas por largo tiempo vuelven á aparecer despues de mayor número de sacudidas eléctricas, dirigidas al través de la pélvis. Este medio se halla, segun todas las apariencias, demasiado descuidado en la actualidad, y seria de desear que se le experimentase de nuevo con todo el rigor necesario. El mejor medio de usarle es el de servirse del *instrumento de Clarke*, ó del de los hermanos *Breton*, y dirigir una corriente intermitente de los lomos al hipogástrio, y aun directamente sobre el útero por la vagina. Duchenne (de Boulogne) emplea un reóforo construido como el vexical doble, del que solo difiere por la curvatura de su vástago y por la longitud de las placas terminales (fig. 7). Se introduce cerrado en la vagina, como en la figura 8, y despues se separan las placas como en la figura 7, empujando los vástagos que pasan por la sonda. El operador guia cada una de las placas con el índice de la mano libre, y las coloca á los lados del cuello, y solo queda poner la extremidad libre del reóforo uterino en relacion con los polos de un aparato (Duchenne) (1). El doctor Kholodowitch (2) cita un caso notable de restablecimiento de los ménstruos suprimidos ya desde mucho tiempo. Solo fueron necesarias algunas sacudidas para hacer aparecer de nuevo las reglas. Antes de este autor, Clarke (3) y otros muchos habian con hechos semejantes demostrado la utilidad del *galvanismo*. Rayer (4) ha observado recientemente dos casos de curacion rápida obtenida por este medio,



Figs. 7 y 8.—Reóforo para la faradizacion del útero. (Duchenne, de Boulogne).

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée, et de son application à la pathologie et à la thérapeutique.* 2.ª edicion, 1861, p. 89.

(2) Kholodovitch. *Voïenno-meditsinsky Jour.*, 1824, t. L, núm. 3, p. 343, y *Archives gén. de méd.*, 1828, t. XVI, p. 452.

(3) Clarke, *Observ. on those Diseases of Females which are attended by discharges.* London, 1821.

(4) Rayer, *Annales de thérapeutique*, Julio, 1847, y *Journal des connaisances médico-chirurgicales*, Diciembre, 1847.

que conviene sobre todo cuando hay debilidad de los órganos genitales.

Vejigatorios.—Los vejigatorios han sido recomendados principalmente por el doctor Graves, el cual quiere que se apliquen á la superficie interna de los muslos, dos dias antes en que la mujer espera sus reglas. La mayor parte de los prácticos prefieren los *sinapismos* á los vejigatorios; pero las investigaciones hechas sobre este punto no lo han sido bastante bien para que se pueda fallar acerca de él.

Inyecciones amoniacales.—Se ha llegado á prescribir inyecciones con amoníaco disuelto en cierta cantidad de líquido. Así, pues, el doctor Lavagna (1) recomienda hacer frecuentes inyecciones con el líquido siguiente:

R. Leche caliente.... 2 cucharadas. | Amoníaco líquido...... 10 á 12 gotas.

Mézclese.

Nicato indica la fórmula siguiente:

R.	Amoníaco..............................	40 gotas.
	Mucílago de goma arábiga.............	15 gramos.
	Cocimiento de cebada..................	400 gramos.

Mézclese, para cuatro inyecciones al dia.

Broussonnet (2) empleó este medio con éxito en una jóven de veinte años, que en vano habian empleado durante seis meses todos los demás medios. Este médico recomendó hacer las inyecciones tres ó cuatro veces al dia, dos ó tres dias antes de las reglas, suspendiéndolas cuando apareciese la menstruacion. Cada inyeccion debe producir una sensacion un poco dolorosa, y solo produce buen resultado con esta condicion. Se debe, pues, aumentar ó disminuir la cantidad de amoníaco para producir y no sobrepasar de esta sensacion.

Ashwel recomienda la inyeccion siguiente:

R. Leche tibia........ 500 gramos. | Amoníaco líquido......... 4 gramos.

O simplemente un *cocimiento de harina de mostaza*. La enfermedad debe acortarse y contener la inyeccion de 15 á 20 minutos.

Para comprender con qué prudencia es necesario administrar estas inyecciones, cuyo grado de eficacia no está por otra parte bien determinado, bastará advertir que el doctor Fenoglia (3), que no pone mas que 5 gotas de amoníaco en 90 gramos de vehículo, ha visto desarrollarse una verdadera metritis bajo la influencia de esta irritacion.

Los *vapores de agua y vinagre* en la vagina, aconsejados en la

(1) Lavagna, *Annali universali di medicina*. Marzo, 1823, p. 357.
(2) Broussonnet, *Gazette médicale de Toulouse*, Febrero, 1851.
(3) Fenoglia, *Rep. med. del Piemonte*, 1832.

obra de Roche y Sanson, obran en el mismo sentido que el amoníaco, y no ofrecen el mismo peligro.

Todavía seria menester citar los *baños de vapor simple* ú *aromáticos*, las *fumigaciones de ácido carbónico*, y algunos otros medios internos aconsejados por muchos autores; pero estos pormenores son de muy poca utilidad.

Irritacion de las mamas.—Patterson (1) ha citado dos casos en los que los *sinapismos aplicados sobre los pechos* restablecieron las reglas suprimidas desde mucho tiempo. Lo que hay de curioso en la primera de estas observaciones, es que el sinapismo aplicado sobre uno de los pechos no lo habia sido con intencion de establecer las reglas, sino con la de hacer desaparecer un dolor situado en este órgano. La enfermera aplicó un sinapismo demasiado grande, y sobrevino una hinchazon muy dolorosa, y se restableció la menstruacion. Hulin Origet (2) ha usado el mismo medio con un resultado igualmente ventajoso. Mas es difícil con estos documentos expecificar los casos en que conviene semejante tratamiento, por lo cual me limito á mencionarle.

4.° **Estado consecutivo á la disminucion ó á la supresion de las reglas.**—Los síntomas que sobrevienen en las mujeres cuyos ménstruos se han disminuido notablemente ó detenido, son tan variables que es imposible trazar completamente su tratamiento. Al práctico corresponde distinguirlos y combatirlos con los medios convenientes. Sin embargo, en general se puede decir que estos síntomas pertenecen á la anemia y á las afecciones nerviosas que la acompañan. Así es que en estos casos se emplean particularmente los *ferruginosos*, los *tónicos* y los *antiespasmódicos*. Si, como he hecho notar ya, en las mujeres afectadas de amenorrea los dolores son de naturaleza evidentemente neurálgica, no hay que vacilar en combatirlos con el tratamiento local que conviene á las *nevralgias*, sin dejar por eso de poner en uso los medios que exige el estado general. Efectivamente, tengo observado que se podia hacer desaparecer de esta manera la neuralgia, antes que el estado general hubiese vuelto al estado normal, ahorrando así á las enfermas dolorosos padecimientos.

No creo que deba presentar resúmen ni prescripciones para un tratamiento tan variado, que debe estudiarse con todos sus pormenores. Por otra parte, los he suplido expecificando con cuidado los principales casos.

Resúmen.—1.° *Supresion reciente con síntomas de congestion.*—Tratamiento de la congestion sanguínea del útero; ligeros emenagogos.

2.° *Supresion mas ó menos antigua, con síntomas de congestion en las épocas de las reglas.*—El mismo tratamiento, é insistir algo mas en los emenagogos suaves.

(1) Patterson, *Dublin med. Journ.*, núm. 11.
(2) Hulin-Origet, *Travaux de la Société de médecine d'Indre-et-Loire.*

3.° *Amenorrea por atonía de los órganos genitales.*—Emenagogos: ruda, sabina, artemisa, etc.; narcóticos: acónito, belladona, beleño, etc.; iodo, cornezuelo de centeno, estricnina, cantáridas, vomitivos, purgantes, medios diversos y preparaciones de oro.—*Medios externos*: electricidad, vejigatorios, inyecciones amoniacales, vapores de agua y vinagre, fumigaciones y baños de vapor.

4.° *Estado consecutivo á la disminucion ó á la supresion de las reglas.*—Ferruginosos, tónicos, antiespasmódicos, etc.

ARTÍCULO II.

DISMENORREA.

Este estado patológico no es, en concepto de algunos autores, sino un grado de amenorrea; pero no somos de esta opinion. Efectivamente, se encuentra un gran número de observaciones en las que la menstruacion se efectúa difícilmente y con síntomas con frecuencia muy violentos, sin que por eso estén disminuidas las reglas. En semejante caso, es evidente que no se puede admitir la existencia de una amenorrea. Otros, como Duparcque, no hacen de la dismenorrea mas que un síntoma, cuya aparicion atribuyen á una lesion del útero, y casi siempre á una ingurgitacion sanguínea; pero este modo de ver no es mas admisible que el primero. Es indudable que hay muchos casos en que una fluxion demasiado considerable, con dificultad en la exudacion sanguínea, constituye el estado morboso, al que se deben referir los diversos accidentes que se observan en la dismenorrea; pero hay otros en que esta fluxion nada ofrece que se salga de la regla comun, y en las que, sin embargo, los ménstruos se presentan con dificultad y dolor, de lo que citaré algunos ejemplos. Y aun admitiendo que el infarto sanguíneo fuese la única causa de los accidentes, seria menester tambien, bajo el punto de vista de la práctica, tratar por separado de la disminorrea, porque el estado morboso designado bajo esta denominacion, está constituido por un conjunto de síntomas que tienen un aspecto particular y exige medios expeciales. Sin embargo, no consistiendo la dismenorrea sino en un trastorno funcional mas ó menos considerable, su descripcion no requiere grandes detalles.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se debe entender por dismenorrea una dificultad mas ó menos dolorosa de la menstruacion, y con Mad. Boivin y A. Duges, haré notar que en los casos en que existe esta afeccion, se comprueba siempre la tendencia natural á la hemorragia periódica, que se halla dificultada por diversas circunstancias. Esto es lo que distingue la dismenorrea de la amenorrea.

Esta afeccion, que ha recibido los nombres de *menorrhagia*, *paramenia*, *menstruatio difficilis*, *dysmenorrhœa*, *dysmenia*, *menstruacion laboriosa*, etc., se observa *con mucha frecuencia*.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—La dismenorrea es frecuente *sobre todo en los primeros años de la menstruacion*; segun Gendrin, disminuye, y muchas veces desaparece en los diez años que preceden á la época crítica. Un *temperamento nervioso*, una *constitucion seca, fuerte ó débil*, son las condiciones en que generalmente se cree que se manifiesta mas particularmente.

Tambien se han admitido como *causas predisponentes* la *vida sedentaria*, ó bien un *ejercicio inmoderado*, los *alimentos de mala calidad y en cantidad escasa*, ó por el contrario, una *alimentacion demasiado suculenta*, el *habitar en las grandes ciudades*, los *excesos venéreos de toda expecie*, ó las *afecciones vivas de alma*, el *celibato*, la *continencia*, la *disposicion hereditaria*, etc.

Las *causas ocasionales* podremos decir que se desconocen completamente.

3.° *Condiciones orgánicas.*—En primer lugar se presenta la *ingurgitacion sanguínea*. Ya hemos visto, al hablar de la congestion uterina, que la acompañan dolores vivos, un malestar general y otros síntomas bastante intensos, los cuales se disipan cuando la sangre corre libremente. (Véase CONGESTION UTERINA.) Entonces hay una verdadera dismenorrea que no existe siempre con ingurgitacion sanguínea.

Las reglas son frecuentemente difíciles y dolorosas en las mujeres que padecen de una *enfermedad orgánica del útero*. Basta algunas veces la presencia de un *pólipo* para producir la dismenorrea, y Lisfranc ha mencionado algunos ejemplos. Estas dismenorreas pueden llamarse *sintomáticas*, y son las que menos interesan aquí, porque tienen su oportuno lugar en la descripcion de las enfermedades de que constituyen un síntoma importante.

Algunas veces sucede que la *presencia de un coágulo* ó de una *falsa membrana* produce en el curso de la hemorragia mensual normal los mismos accidentes que hemos indicado en la metrorragia, siendo sorprendente que los autores que nos han precedido no hayan mencionado está causa de dismenorrea. Yo he visto un ejemplo bien notable en una jóven en quien hacia ya muchos años que no se verificaba la menstruacion sin que fuese precedida de dolores tan excesivos que se asemejaban á los mas vivos dolores de parto, los cuales no cesaban sino al cabo de cuatro, cinco, seis horas, y algunas veces mas, por la expulsion de una falsa membrana de 3 á 4 milímetros de grueso, rojiza, lisa por un lado, tomentosa por el otro, que tenia una extension tal, que podria cubrir completamente la superficie in-

terna de un útero sano. La cesacion de los dolores despues de la expulsion de esta falsa membrana evidentemente fibrosa fué instantánea, y la sangre empezó á correr sin otro accidente hasta el fin de la época menstrual. El doctor Oldham (1) ha descrito recientemente esta expecie particular de dismenorrea.

La naturaleza de estas membranas es conocida. Kölliker, Scanzoni y la mayor parte de los micrógrafos han reconocido la mucosa uterina hipertrofiada y desprendida de la superficie interna de la matriz. Lo que irrecusablemente lo prueba, dice Scanzoni, es que hemos encontrado siempre numerosos rudimentos de las glándulas utriculares. La formacion de estas membranas, cuya testura histológica presenta gran analogía con la caduca, que se forma despues de la concepcion, se produce sin duda por una hiperemia considerable y á veces repetida de las paredes del útero, seguida de un exceso de desarrollo de la mucosa. El desprendimiento de la membrana hipertrofiada se verifica ya á consecuencia de la acumulacion del líquido exudado entre ella y la pared uterina, ya mecánicamente por las contracciones del tejido uterino que preceden á la hemorragia menstrual.

El tamaño de estas membranas es muy variable en la misma mujer; á veces no pasan del volúmen de una moneda de dos reales, pudiendo llegar á presentar una extension de 5 á 7 centímetros cuadrados (Scanzoni).

Mackintosch y Oldham (2) han señalado otra expecie de dismenorrea á la que dan el nombre de *dismenorrea mecánica*. Esta es debida á la contraccion de un punto mas ó menos elevado de la cavidad del cuello del útero. Hemos observado esta expecie, y visto en muchos casos que era el resultado de cauterizaciones demasiado profundas hechas en el cuello y en su interior. Pero se destruye el obstáculo y la dismenorrea, que es su consecuencia, por la dilatacion del cuello practicada como la dilatacion de la uretra en las estrecheces. Un caso de esta expecie se ha tratado y curado en la clínica de Robert en el hospital Beaujon (3).

James Henri Bennet (4), que ha observado muchos casos semejantes, rechaza el empleo de las candelillas.

En las *anteflexiones y retroflexiones*, el calibre del conducto uterino está muchas veces borrado en el punto en que el cuello de la matriz se halla viciosamente encorvado. Cuando aparecen las reglas, la sangre no puede salir con facilidad, porque estando las paredes en contacto en este punto, forman un obstáculo de donde provienen los

(1) Oldham, *London medical Gazette*, Octubre y Diciembre 1846, extrait dans les *Archives gén. de méd.*, Julio 1847, t. XIV, p. 371.
(2) Oldham, *Loc. cit.*
(3) Véase, *Bulletin gén. de thérap.* t. XXXIII, Setiembre, 1847.
(4) James Henri Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, *etc.*, traduit sur la 4.ª édition par Peter. Paris, 1864, p. 334.

dolores uterinos. Cuando la sangre ha empezado á salir fuera, todo entra en órden. Kiwisch ha indicado estas causas de dismenorrea y ha indicado su mecanismo.

Hay muchos casos en los que por el mas atento exámen no se encuentra flexion exagerada, ni enfermedad orgánica, ni obstáculo á la salida de la sangre. En semejante caso, se ha recurrido, para explicar la dificultud de la menstruacion, á una alteracion de la sangre, á la plétora, ó bien á la anemia, y con mas frecuencia aun á un estado nervioso particular que se ha distinguido con el nombre de *histeralgia catamenial*.

Finalmente, la *nevralgia lumbo-uterina* acompaña á muchas afecciones de la matriz.

Scanzoni presenta una explicacion ingeniosa que puede explicar ciertas causas de dismenorrea. «Si consideramos que la rotura de las vexículas de Graaf, situadas en las capas profundas del tejido ovario, exige ordinariamente una hiperemia mas considerable de estos órganos, durando mas tiempo que la de las vexículas colocadas superficialmente, el orgasmo menstrual, no se nos podrá inculpar de imprudencia si emitimos la opinion de que la dismenorrea puede reconocer tambien por causa la maduracion habitual de óvulos situados profundamente y la hiperemia prolongada y anormal que exige la rotura de las vexículas que los contienen.

§ III.—Síntomas.

1.° Cuando la dismenorrea está unida á un estado fluxionario del útero, presenta los síntomas dolorosos que describiremos en el artículo CONGESTION UTERINA.

2.° Si se trata de una afeccion orgánica de la matriz ó de la presencia de un pólipo, los síntomas pueden ser y son en efecto casi siempre los mismos que en el caso precedente; porque entonces es un fenómeno frecuente la fluxion uterina en las épocas menstruales.

3.° La dismenorrea debida á la presencia de un coágulo ó de una falsa membrana, merece que se haga de ella una mencion particular. En efecto, se ha visto en el hecho que he citado mas arriba que los *dolores* pueden ser excesivos; pero en todos los casos son de una notable violencia, y tienen por carácter el cesar repentinamente por la expulsion del cuerpo extraño.

En todos los casos de dismenorrea, pero sobre todo en aquellos en que hay alguna razon para creer que se han formado estos cuerpos extraños, es necesario tener cuidado de *reconocer por el tacto* á las mujeres. En semejantes circunstancias, así como en la *menorragia*, se puede en efecto observar la frecuencia de los cuerpos extraños y favorecer su expulsion, y aun en algunos casos hacer la extraccion.

4.° Los dolores que constituyen la dismenorrea histerálgica ó *his-*

teralgia catamenial, constituyen, como en las expecies precedentes, el principal síntoma, continúan fijos en la pélvis ó se irradian á lo lejos, ú ocupan otras partes del cuerpo.

5.° Es necesario reconocer por medio de una sonda uterina introducida en el cuello de la matriz, si este se halla extrechado.

6.° Por medio del reconocimiento por el tacto y por la introduccion de la sonda uterina, se puede saber si hay alguna inflexion que borre el calibre del conducto uterino.

7.° Igualmente se debe indagar, valiéndose de la presion, si hay algunos puntos dolorosos en el cuello y en el trayecto de los nervios lumbares. Uno de los principales está en las fosas ilíacas.

Los *dolores* fijos en la pélvis se parecen enteramente á los que se observan en la inflexion uterina, consistiendo en tirantez, punzadas, una sensacion de torsion y de calor incomado en la vagina. Los que se irradian á lo lejos consisten en tirantez en los lomos, muslos é íngles, y punzadas á veces muy dolorosas. Por último, los dolores fijos en otra parte presentan con frecuencia, como he podido cerciorarme muchas veces, el *carácter nevrálgico*. Efectivamente, he visto en las mujeres neuralgias intercostales y lumboabdominales, con los puntos dolorosos que las caracterizan, y jaquecas neurálgicas que duran uno, dos, tres dias y algunas veces mas, antes de la aparicion de las reglas, y desaparecen cuando se establece la hemorragia. Además tengo observado en muchos casos que existian puntos neurálgicos en el cuello del útero y en el trayecto de los nervios lumbares (1), hechos que han sido continuados despues por las observaciones de Malgaigne y Beau, de cuyas investigaciones haré mencion mas adelante.

No es raro ver aparecer *dolores en los pechos* á consecuencia de un estado de turgencia fácil de apreciar cuando la erupcion de las reglas se efectúa difícilmente. Algunas veces experimentan las mujeres un quebrantamiento marcado de los miembros, dolores de estómago y digestiones difíciles, y por último algunas otras tienen verdaderos ataques *histéricos*.

Gendrin ha citado una observacion tan notable por el número y por la violencia de los síntomas, aunque se reconoció que era normal el volúmen del útero con el auxilio del tacto practicado por la vagina y por el recto. En este caso se observaron dolores de vientre violentos, casi contínuos, una viva *sensibilidad á la presion* en las regiones hipogástrica y lumbar, una sensacion muy penosa de quebrantamiento alrededor de la pélvis y en los muslos, una *tumefacion dolorosa de los pechos*, *diarrea*, *pujos*, *náuseas*, *esfuerzos para vomitar*, y al mismo tiempo *desmayos*, *síncopes*, un *fuerte dolor de cabeza*, y *accidentes espasmódicos histeriformes*; pero es raro que la dismenorrea llegue á tan alto grado.

(1) Véase Valleix, *Traité des névralgies*. Paris, 1841, et *Bulletin gén. de thérap.*, Enero 1847.

En todos los casos hay cierto *malestar general*, y con frecuencia *cefalalgia*, que ocupa toda la cabeza, pero mas fuerte en la nuca. Las enfermas están en estremo irritables, estravagantes y caprichosas; algunas veces tienen llamaradas al rostro y horripilaciones, pero lo que hay de notable y prueba bien la naturaleza nerviosa de la afeccion, es que á pesar de estos síntomas tan violentos el *pulso* permanece casi siempre en una perfecta calma.

Es muy comun ver que disminuyen mucho estos fenómenos y aun desaparecen completamente cuando se establece la hemorragia mensual, sin embargo, se ven continuar algunas dismenorreas aun cuando la sangre ha empezado á correr. En este caso la sangre sale con dificultad, gota á gota, y parece esprimida penosamente por contracciones uterinas dolorosas. Algunas veces no se arroja así mas que un líquido mucoso-seroso ó sanguinolento, que es lo que algunos autores han llamado, á imitacion de Aecio, *stillicidium uteri*. A la verdad debemos decir que este flujo penoso y doloroso se observa con mucha mas frecuencia en la dismenorrea por ingurgitacion sanguínea del útero, que en la dismenorrea histerálgica.

Formas principales.—1.° **Dismenorrea nerviosa**.—Las mujeres que sufren de esta anomalía presentan ordinariamente fenómenos mas ó menos numerosos de excesiva irritabilidad del sistema nervioso entero, ó solo algunas de sus partes. Casi todas son histéricas, y observándolas con atencion se ve la manifestacion de uno ó varios síntomas de esta enfermedad. Sin embargo, seria un error creer que esta forma de dismenorrea solo se encuentra en las personas delicadas, delgadas y anémicas, todo práctico ha tenido ocasion de observar la dismenorrea nerviosa en mujeres de buena constitucion, robustas y pletóricas.

Los síntomas son por lo comun los siguientes: Algunos dias antes de la aparicion de las reglas, presentan las enfermas un húmor insoportable, están abatidas, caprichosas, evitan la sociedad, prefieren la soledad y acusan un malestar general que no pueden definir claramente. Mas tarde se presentan alteraciones digestivas, como eructos, flatuosidades, extreñimiento, etc., se quejan de cefalalgia penosa, limitada por lo comun á uno de los lados de la cabeza, á la que se unen por lo comun alteraciones visuales, éxpecialmente fotofobia, acompañada de hipersecrecion de las glándulas lagrimales. Poco á poco las sensaciones dolorosas se presentan en la pelvis, la tirantez, latidos, limitados á la region uterina y se irradian á los muslos y las caderas, á menudo suelen extenderse hasta las manos, aunque con menos intensidad. A estos fenómenos acompaña con frecuencia constriccion convulsiva de la vagina, prurito muy desagradable de la vulva, y mas comunmente tenesmo rectal y vexical. La orina que se escreta en pequeña cantidad es casi siempre alcalina, amarilla de paja, y al cabo de algun tiempo contiene gran número de hongos y de vibriones. Todos estos síntomas aumentan gradual-

mente y llegan á su máximum de intensidad inmediatamente antes de la aparicion de las reglas, disminuyen en general con rapidez desde que comienzan las reglas y aun hay enfermas que, molestadas, se encuentran perfectamente bien algunas horas despues de haber comenzado la hemorragia menstrual, volviendo á ocuparse de sus habituales ocupaciones, á las que no habian podido dedicarse algunos dias antes. En la mayoría de la enfermas estos accesos se repiten durante cada período con mas ó menos intensidad. A veces estos fenómenos desaparecen completamente sin que se pueda dar razon de esta curacion.

En esta expecie de dismenorrea, la exploracion del útero y sus anejos no demostrará lesion anatómica alguna. Sin embargo, no debe olvidarse que cuando existen vicios orgánicos del útero, como los indicados anteriormente, van con frecuencia precedidos, las reglas de los fenómenos expuestos anteriormente (Scanzoni).

2.° **Dismenorrea congestiva.**—«Esta forma es esencialmente caracterizada por los fenómenos de congestion de los órganos pelvianos. Uno ó muchos dias antes de la época de las reglas refieren las enfermas una sensacion de plenitud, peso y calor en la pélvis, dolores comprensivos hácia el sacro, necesidad frecuente de escreciones uretrales y urinarias, á estos fenómenos suele unirse excitacion febril mas ó menos pronunciada. Los signos de congestion cerebral faltan rara vez; la cara se pone encendida, el ojo tiene un brillo insólito, las carótidas laten con fuerza, cefalalgia frontal y occipital. Frecuencia anormal de la actividad del sistema vascular, dando lugar á palpitaciones pasajeras y aun contínuas y traspiraciones abundantes. Rara vez hay delirio, convulsiones ó coma.

»Al tacto se encuentra la temperatura de la vagina elevada, la region inguinal y el útero doloroso; este último algunas veces notablemente alentado, tumefacto, lo que suele desaparecer al poco tiempo del principio de las reglas, pronunciándose mas notablemente cuando la dismenorrea va unida á un infarto crónico del útero. En estos refieren las enfermas que el tumor que perciben á través de las paredes abdominales aumenta volúmen tres ó cuatro dias antes de cada período. La hemorragia es al principio muy poco copiosa, limitándose á veces algunas gotas de sangre; al cabo de dos ó tres dias, algunas veces mas tarde, los dolores expulsivos disminuyen de intensidad ó cesan por completo á la par que el flujo se hace mas abundante. No es raro que sobrevenga una verdadera metrorragia que dure seis ú ocho dias, en cuyo caso la sangre se coagula en grandes porciones.

»Mencionaremos tambien los casos en que las enfermas, presentando síntomas de dismenorrea congestiva, expulsan fracmentos membranosos de variable tamaño.» (Scanzoni). Estas son las membranas que hemos descrito como perteneciendo á la misma mucosa uterina, hipertrofiada y desprendida.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La dismenorrea es ordinariamente contínua, y presenta un *curso* creciente, es decir, que algunos dias antes de las reglas las mujeres que las padecen empiezan á conocer por cierto malestar particular, que se prepara su erupcion. Despues aumenta el malestar, á esto se agregan dolores y otros síntomas, llegando estos á su mayor grado en el momento en que vá á presentarse la sangre.

La *duracion* de la dismenorrea es, como se ha dicho anteriormente, de dos á tres dias; sin embargo, algunas veces se prolonga algo mas, y en ciertos casos no se la ve durar mas que algunas horas. En cuanto á la *terminacion* es siempre favorable; pero como hemos visto, la aparicion de las primeras gotas no hace desaparecer siempre los dolores. Pero no hemos encontrado ninguna observacion en que estos dolores hayan persistido despues de las reglas. Indudablemente hay casos en que queda el útero en un estado de sufrimiento; pero este es ocasionado por una nevralgia ó por una enfermedad orgánica que la dismenorrea ha venido á exasperar.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las *lesiones anatómicas* que se encuentran en la dismenorrea por ingurgitacion sanguínea y por lesion orgánica, no pertenecen á la misma dismenorrea. En cuanto á las que son producidas por un coágulo ó por una falsa membrana, estos cuerpos extraños son por sí mismos los que con cierto grado de ingurgitacion constituyen las alteraciones anatómicas. Queda, pues, la dismenorrea histerálgica, pero no se han podido hacer investigaciones anatómicas sobre este punto, y si recordamos el estado de integridad en que una exploracion atenta ha encontrado el útero en los casos mas intensos, nos vemos inclinados á admitir que si se hubieran podido hacer estas investigaciones, no habrian conducido á ningun resultado importante. Queda la dismenorrea producida por las flexiones del útero, la estrechez del orificio interno, y la del conducto vexical del útero. Es muy posible que antes de las últimas investigaciones sobre las desviaciones uterinas, se considerarán los casos de este género como dismenorreas histerálgicas (Véase DESVIACIONES UTERINAS).

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La coincidencia de los dolores con la aproximacion de la época menstrual, su desaparicion cuando se han establecido las reglas ó han corrido suficientemente, y su vuelta en la época siguiente, hacen cesar todas las dudas.

Sin embargo, se ha dicho que se podria confundir la dismenorrea

con el estado doloroso que resulta de la *fluxion hemorroidal*. En ambos casos los dolores ocupan la pélvis y pueden irradiarse á lo lejos, y los síntomas generales son casi los mismos. Pero no se observa la turgencia dolorosa de las glándulas mamarias en la flúxion hemorroidal, que muchas veces ha podido, presentándose, fuera de la época de las reglas, llamar la atencion del médico, y en todos los casos el reconocimiento del recto, que es necesario practicar habiendo la menor duda, resuelve todas las dificultades.

Lo que tiene interés en indagar el práctico con cuidado, porque de ello puede sacar conclusiones muy útiles para el tratamiento, es la *condicion orgánica* en que se ha producido la dismenorrea. Pero yo debo remitir al lector para estudiar este asunto á los diversos artículos particulares que conciernen á los estados morbosos, á los que se refiere la dismenorrea, tales como la congestion sanguínea, las enfermedades orgánicas, la estrechez y la flexion del cuello y la neuralgia lumbouterina. Si ninguno de estos síntomas existiere, si por medio del tacto practicado por la vagina y por el recto se reconociese la integridad de la matriz y su posicion normal, es evidente que se trata de la expecie llamada dismenorrea histerálgica.

Pronóstico.—El pronóstico no puede ser grave, en cuanto á que la enfermedad no compromete la vida de la enferma. Es verdad que en ciertos casos de dismenorrea sintomática están las mujeres en peligro, pero evidentemente no se debe atribuir este estado, ni aun en parte, á la dismenorrea. Por otro lado, tampoco se puede decir que el pronóstico deje de ser á veces algo serio, pues hay, en efecto, dismenorreas muy rebeldes que pueden ser por muchos años un manantial de grandísimas incomodidades para las mujeres. Mas ya volveremos á hablar de este punto al ocuparnos del tratamiento.

¿Puede admitirse que una dismenorrea muy prolongada sea capaz de determinar alteraciones crónicas de las paredes uterinas? Debe creerse en general que las lesiones observadas han precedido á la dismenorrea, siendo su causa y no su efecto; de esta opinion participan la mayoría de los médicos franceses, como Nonat, Aran, Becquerel y tambien Scanzoni. Sin embargo, es fácil de concebir que las repetidas congestiones, difícilmente disipadas, dejan en las paredes del útero elementos plásticos de inflamaciones, producciones fungosas, fibrosas, etc. ¿Podrian estos elementos llegar á ser, si no la causa, por lo menos el elemento localizador de una diátesis cancerosa?

§ VII.—Tratamiento.

1.° Si fuese una *dismenorrea por ingurgitacion sanguínea*, se debe recurrir al tratamiento indicado en el artículo CONGESTION UTERINA, insistiendo mucho en las *emisiones sanguíneas locales*, en los *emolientes*, en los *baños* y en los *narcóticos*, á cuya cabeza es preciso colocar el *opio*. Las *lavativas laudanizadas* frias, constituyen en se-

mejante caso uno de los medios mas eficaces que se pueden emplear.

En esta dismenorrea es en la que principalmente aconseja Lisfranc con instancia las *pequeñas sangrías revulsivas*, un poco antes de cada época menstrual. Despues de haber precisado bien la vuelta de la época periódica de las reglas, y de haber notado cuántos dias antes de su aparicion duran ordinariamente los síntomas de la dismenorrea, se practica uno ó dos dias antes que estos síntomas se presenten, ó mientras existen, si el médico es llamado demasiado tarde, una pequeña sangría de 100, 120 y 130 gramos, que se repite en seguida en las épocas menstruales siguientes, hasta completar la curacion. Gendrin, que ha puesto en uso muchas veces esta medicacion, y notablemente en los casos que hemos citado antes, la atribuye numerosos resultados favorables.

En el artículo METRITIS indicaremos las fórmulas propuestas por Nonat para el empleo de la sangría. No eleva la dósis de la sangre ni repite las sangrías dos ó tres veces al mes mas que en las mujeres de constitucion fuerte y de temperamento sanguíneo. En las de mediana constitucion y de sangre poco rica, no recurre á las sangrías sino cuando las molestias son muy considerables, y aconseja no pasar de 60 á 80 gramos.

Con este mismo fin se ha usado tambien la medicacion derivativa, aconsejando unos con Senerto y Sthal la *sangría del pié*, un corto número de *sanguijuelas* (dos, tres ó cuatro y rara vez mas) á los muslos, á las íngles y al perineo, y otros solamente *pediluvios sinapizados*, la *exposicion de las partes á la accion del vapor de agua hirviendo*, *ventosas secas alrededor de la pélvis*, y en una palabra, los medios que parezcan mas apropiados para provocar la erupcion de la sangre, haciéndola afluir hácia el útero. Efectivamente hay casos en que aun siendo la fluxion la que ocasione los accidentes, basta un esfuerzo mas para producir el flujo sanguíneo y el alivio, que es su consecuencia ordinaria.

En semejantes circunstancias se han propuesto tambien emplear *algunos ligeros emenagogos*, y Boivin y Dugès recomiendan particularmente el *acíbar* y la *artemisa*. Se puede prescribir el primero de la manera siguiente:

R.	Acíbar............. 60 centígr.	Canela.................. 10 centígr.
	Extracto de genciana. 30 centígr.	

Mézclese y háganse doce píldoras. Se toma una por la mañana y otra por la noche.

En cuanto á la *artemisa*, se la prescribe en infusion suficientemente endulzada, á la dósis de 10 á 15 gramos por kilógramo de agua.

El *apiol* (1) á la dósis de 25 centígramos mañana y tarde durante

(1) Homolle y Foret obtuvieron del perejil el año de 1849 un aceite pirogenado, que contiene, segun ellos, el principio febrífugo de dicha planta, que tambien

cinco ó seis en cada época menstrual, ha hecho en muchos casos el efecto de un útil emenagogo cuando la dismenorrea no depende de obstáculo mecánico, ni de estado orgánico del útero (plétora, infarto, metritis). Como estos estados se observan con mas frecuencia en la dismenorrea y en la amenorrea dismenorréica, que en la amenorrea simple, por esta razon el apiol obra con mas seguridad en esta que en aquella afeccion. Si la amenorrea ó dismenorrea se encuentran sometidas en parte á la accion de una causa general, como la plétora, la anemia, la debilidad, el linfatismo, etc., la accion del apiol no se producirá si no se llenan antes las indicaciones generales reclamadas por aquellos estados, como lo prueba el ejemplo contenido en la Memoria de Galligo (1). En resúmen, el apiol no puede ser útil auxiliar, sino en el caso en que el estado complejo se encuentre reducido á la condicion de dismenorrea ó amenorrea simple. Por último, los efectos terapéuticos del apiol no se producen sino cuando se administran en jóvenes nubiles en el momento en que se anuncia la funcion menstrual por los síntomas generales y locales, ó en la época conocida ó presunta de las reglas (2).

Es evidente quo se pueden reemplazar estos emenagogos por otros muchos; sin embargo, no me detendré mas sobre este punto, porque en la expecie de dismenorrea de que se trata seria imprudente recurrir á excitantes de la matriz demasiado fuertes. Al práctico le corresponde juzgar, en vista de los síntomas, si se debe insistir en esta medicacion ó abandonarla. De todos modos nunca se deben emplear en estos casos los emenagogos violentos.

2.° Es fácil concebir que la *dismenorrea unida á una afeccion orgánica del útero*, no exige tratamiento particular. Los medios deben elegirse segun que hay una congestion uterina ó un simple trastorno nervioso, y unidos á aquellos que se dirigen contra la afeccion orgánica. En cuanto á la dismenorrea que está unida á la existencia de un *pólipo*, se puede por los medios que acaban de indicarse, ó por los que vamos á examinar, calmar mas ó menos lo síntomas; pero no se la puede hacer cesar sino por la extirpacion de la produccion morbosa.

3.° La *dismenorrea producida por la formacion de un coágulo ó de una falsa membrana* no puede cesar, cuando se ha producido, sino por la expulsion ó por la *extraccion* de estos cuerpos extraños; pero se puede preguntar si no habria algun medio de evitar su formacion,

se ha recomendado como emenagogo, y que distinguieron con el nombre de *apiol*. Se administra á la dósis de 0,25 por mañana y tarde en una cápsula gelatinosa. (Véase *Jornal de pharmacie.)*—*(Nota del Dr. Casas.)*

(1) Galligo, *Imparziale* de Florencia (Cita tomada de la *Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurg.*, año de 1863, t. X, p. 740).

(2) Marotte, *Traitement de la dysmenorrhée par l'apiol (Bulletin de thérapeutique*, Octubre, 1863. Véase tambien Corlieu, *De l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée (Gazette des hôpitaux*, 9 Junio, 1864).

y de ahorrar á las mujeres los accidentes algunas veces tan intensos que preceden á sus reglas. Por desgracia, los autores no han fijado su atencion sobre este punto interesante.

La idea que desde luego se presenta á la imaginacion es que en semejante caso la sangre tiene una plasticidad anormal; la formacion tan pronta y tan fácil de los coágulos y la presencia tan insólita de las falsas membranas fibrosas, casi no parecen posibles sin esta condicion. Así, pues, en los casos sometidos á mi observacion, y que he citado mas arriba, habia creido que seria útil practicar pequeñas sangrías de 80 á 100 gramos dos ó tres dias antes de la época menstrual, hacer tomar en el intervalo de las reglas siete ú ocho *baños alcalinos*, prescribir interiormente el *carbonato de sosa* á la dósis de 7 ú 8 gramos al dia, en tres dósis en medio vaso de agua azucarada, y por último, aconsejar una tisana de *cebada y grama* con 75 centígramos de *nitrato de potasa*. Esta medicacion no impediria el uso de los *narcóticos* y de los *antiespasmódicos* al aparecer los dolores. Desgraciadamente no me ha sido posible seguir el uso de estos medios y comprobar sus resultados. Por lo tanto los expongo á la consideracion de los prácticos que tuviesen ocasion de observar casos semejantes. Los *emolientes* y los *atemperantes* no son menos necesarios en estos casos que en los precedentes.

Como se ve, Valleix considera las membranas expulsadas como productos anormales, ignorando fuesen formados por la mucosa uterina. Sin embargo, las indicaciones que presenta son muy justas, atendiendo á lo menos á la formacion de los coágulos.

En cuanto al desprendimiento de la mucosa uterina, se ha propuesto prevenirla por la cauterizacion de la superficie interna del útero por medio del nitrato de plata sólido, ó por inyecciones intrauterinas de líquidos astringentes. Scanzoni dice haber empleado estos medios durante dos meses enteros sin el menor resultado, de modo que se limita al empleo de los antiflogísticos locales.

4.° La *dismenorrea que tiene por causa una estrechez uterina*, debe tratarse por la *dilatacion*, por medio de sondas, esponja preparada, etc.

5.° La *dismenorrea por flexion* exige el enderezamiento del útero, el cual se obtiene por medio del *uso diario de la sonda uterina*, y despues por la *aplicacion del pesario intrauterino*. Con este tratamiento, sobre el cual no puedo extenderme mas en este lugar, he conseguido gran número de curaciones de desviaciones uterinas y de la dismenorrea, que es su consecuencia.

6.° Cuando la *dismenorrea es debida á una nevralgia lumbouterina*, es necesario emplear los medios tópicos apropiados para combatir esta afeccion, además de los medicamentos que van ya enumerados al tratar de la dismenorrea histerálgica, la que tiene mucha relacion con ella, y que aun en muchos casos citados por los autores reconocia muy probablemente por causa una nevralgia de esta expe-

cie. Así, pues, se emplearán los *vejigatorios sobre el trayecto de los nervios lumbares*, la *cauterizacion superficial del cuello del útero con el hierro candente*, la *cauterizacion lumbar* (Mitchell), la *seccion del cuello de la matriz* (Malgaigne), etc.

7.° La *dismenorrea histerálgica* ó *histeralgia catamenial* es la que se ha tratado por mayor número de medios, entre los cuales los antiespasmódicos son los que se presentan desde luego, y se han prescrito con mayor frecuencia.

Antiespasmódicos.—Los principales antiespasmódicos usados son el *alcanfor*, la *asafétida*, el *almizcle* y el *castóreo*. Estas sustancias se han asociado diversamente entre sí ó con otras, y no hay ningun médico que no sepa manejarlas convenientemente. Por lo tanto, solo me limitaré á indicar algunas preparaciones que gozan de gran reputacion para el tratamiento de los accidentes de que nos ocupamos.

La *asafétida* puede ingerirse en el estómago bajo la forma de pocion ó de tintura. La preparacion siguiente es bastante usada en la dismenorrea:

R.	Asafétida..........................	1,25 gramos.
	Licor de espíritu de asta de ciervo.	30 gramos.

Hágase una solucion perfecta. Se toman de diez á veinte gotas en un vaso de agua, dos ó tres veces al dia.

Pero con mas frecuencia todavía se da esta sustancia en *lavativa*, á causa de su sabor y de su olor repugnantes.

Dewees ha aconsejado con eficacia la fórmula siguiente, en la que la principal sustancia es el *alcanfor*.

R.	Alcanfor........	1,25 gramos.	Azúcar..................	C. S.
	Goma arábiga....	4 gramos.	Agua de canela..........	30 gramos.

Se toma en dos veces al dia.

Es sabido que el *alcanfor* se da tambien muchas veces en una cuarta parte ó media lavativa, desleido en una yema de huevo. Mas adelante indicaré el remedio que aconseja Lisfranc, y que contiene, además del alcanfor, cierta cantidad de *láudano*.

Seguramente no hay medicamento alguno que haya gozado de mas reputacion contra las afecciones uterinas, y contra la dismenorrea en particular, que el *castóreo*, en la actualidad bastante abandonado. Este medicamento forma parte de una multitud de preparaciones, de las cuales algunas son notables por la gran cantidad de sustancias que contienen; pero me contentaré con citar la siguiente, en la cual entra el *éter* y una *sustancia amoniacal* que puede prescribirse en el mayor número de casos.

R.	Tintura de castóreo..... / Espíritu de asta de ciervo.	aa 10 gram.	Éter sulfúrico..........	4 gram.

Mézclese.
Se toman de treinta á cuarenta gotas en una taza de infusion de manzanilla.

Aun pudiera citar algunas preparaciones análogas en las que entra el almizcle; pero repitimos que se las encontrará con demasiada facilidad para que sea verdaderamente útil consignarlas aquí. Sin embargo, debemos hacer mencion expecial del *éter*, cuya utilidad es indispensable y que se usa mucho, pero basta prescribir una *pocion etérea* comun.

Narcóticos.—Estos medicamentos se hallan indicados en la dismenorrea histerálgica mucho mas todavía que en la que reconoce por causa una ingurgitacion sanguínea. El que mas frecuentemente se usa es el *opio*. Pigeaux ha unido el opio al alcanfor bajo el nombre de *píldoras contra la dismenorrea* en la forma siguiente:

R. Opio en bruto........	5 centígr.	Alcanfor..................	30 centgr.

Mézclense y háganse dos píldoras, de que se toma una por la mañana y otra por la noche.

Tambien se puede añadir el *castóreo* á estas sustancias de la manera siguiente:

R. Polvo de castóreo...	4 gram.	Extracto de opio..........	5 centígr.
Alcanfor...........	50 centígr.	Arrope de saúco..........	C. S.

Háganse doce bolos. Se toman dos cada seis horas.

Lisfranc recomienda el *enema siguiente*, que hace tomar casi fria y al acostarse para que se pueda conservar mas fácilmente.

R. Láudano de Sydenham..... gotas y mas segun el caso.	4, 6, 8	Alcanfor disuelto en una yema de huevo......	6 10 centígr.

Se echa en cantidad suficiente de agua de malvabisco para que llene una cuarta parte de lavativa. Se continúa tomando este enema mientras duren los dolores y aun en el intervalo de las reglas.

Tambien se pueden usar el extracto de *belladona* y el de *beleño*; pero basta haber establecido bien la indicacion para que sea el tratamiento fácil y cesen de ser indispensables mas extensos pormenores.

Los *pesarios medicamentosos* son tambien útiles. Se pueden hacer con una mezcla de cera, manteca y extracto de belladona ó de cicuta. Si no pueden soportarse á causa de su consistencia, se les reemplaza por *saquitos* de muselina que llenan con cataplasma fria de harina de linaza, y se unta con una pomada calmante de opio, belladona ó cicuta. Puede colocarse sin el auxilio del espéculum.

Las fricciones de *pomada cloroformizada* sobre el hipogástrio suelen dar buen resultado.

Inyecciones de vapor de cloróformo en la vagina.—Scanzoni dice haber obtenido buenos resultados, bastando por lo comun algunos minutos para hacer desaparecer por completo los dolores. Hé aquí la representacion del aparato que emplea (fig. 9), y la manera de hacerla funcionar.

El aparato se compone de una vejiga de caoutchouc volcanizado, unida á una cánula de madera que se adapta con una tuerca á uno de los polos de una esfera hueca de laton. Esta esfera, de 52 milíme-

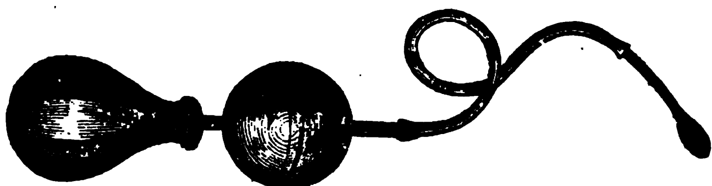


Fig. 9.—Aparato de Scanzoni para la aplicacion de los vapores de cloroformo.

tros de diámetro, próximamente, puede separarse en dos mitades. El otro polo está tambien oradado y se fija en él un tubo del mismo metal, al que se adapta uno de caoutchouc volcanizado, de 50 centímetros, próximamente de largo, que termina en un anillo.

Para hacer funcionar este pequeño aparato, se pone en la cápsula de laton un poco de algodon mojado en cloroformo, y despues se coloca la cánula lo mas alto posible en la vagina. Por una compresion ejercida sobre la vejiga, se hace pasar el aire por la esfera de laton; y saturándose de vapor de cloroformo llega hasta el cuello del útero.

Inyecciones de gas ácido carbónico.—Sabido es que el ácido carbónico se ha empleado mucho tiempo hace como calmante, esto es, como *anestésico local.* Juge (1) atribuye los primeros ensayos á Ingenhousz, físico holandés, en 1794, á Beddoës y á John Ewart, cirujano inglés; el último le aplicaba á los cánceres de la mama.

«Solo en 1834, Mojon, profesor y médico de Génova, hizo uso del ácido carbónico como anestésico. Empleó con éxito fumigaciones en los dolores intensos, punzantes, acompañados de retortijones en la region uterina, que algunas mujeres experimentan algunos dias y aun algunas horas antes de la aparicion de las reglas.... En Julio de 1856, Simpson, profesor de partos de Edimburgo, aconsejó las duchas de ácido carbónico como anestésico local en las nevralgias de la vagina y del útero, y en otros estados morbosos de estos órganos, acompañados de dolor.... Follin (2), le empleó primero en Francia, en forma de duchas, con buen resultado.» Despues, Braca (3) y Ch. Bernard (4) ensayaron con mas ó menos éxito este agente anestésico, y Le Juge refiere una parte de los experimentos de Ch. Bernard.

(1) Le Juge, *Essai sur quelques modes de traitement des affections de l'utérus, et en particulier sur l'emploi du gaz acide carbonique*, thèse. Paris, 1858, nº 184.

(2) Follin, *De l'anesthésie locale par le gaz acide carbonique* (*Archives gén. de méd.*, Noviembre, 1856).

(3) Broca, *Anesthésie par le gaz acide carbonique dans les cas d'affections douloureuses de la vessie* (*Moniteur des hôpitaux*, 4 Agosto, 1857).

(4) Ch. Bernard, *Archives générales de médecine*, Noviembre, 1857.

Los efectos inmediatos del ácido carbónico son calmar los dolores á veces muy intensos. Algunas enfermas han referido la calma producida desde la primera inyeccion. El efecto anestésico se observa á veces durante todo el dia para reaparecer por la tarde, en cuyo caso se repite la inyeccion, que devuelve el bienestar hasta la mañana próxima; siendo otras veces este efecto duradero solo por algunas horas. Otras han empleado las inyecciones gaseosas tres veces al dia, y la desaparicion de los dolores ha sido mas rápida y permanente que en las otras.

Segun Willemin, de Straburgo (1), Constantino Paul (2) y otros, las duchas gaseosas producen mejor efecto en los casos de dismenorrea por atonía y debilidad general. Determinan con prontitud la menstruacion á veces de un modo instantáneo, disipan los dolores que la acompañan y hacen desaparecer con frecuencia las leucorreas inveteradas ligadas á esta expecie de atonía. Es evidente que un tratamiento interno apropiado deberá aumentar la accion del gas, si se quiere que sea permanente el alivio que este determina.

«Las duchas gaseosas no son indispensables para obtener estos buenos efectos. El agua cargada de este gas le sustituye perfectamente. Aun no hemos podido asegurarnos por nosotros mismos si las duchas gaseosas pueden sustituirse sin desventaja con el agua de Seltz, pero no dudamos que pueda ser ventajosamente empleada. Constantino, que ha hecho investigaciones expeciales, asegura haber obtenido los mismos efectos. Apénas debemos insistir sobre la importancia práctica de estos experimentos, á càusa de la mayor facilidad de obtener el agua de Seltz que el ácido carbónico gaseoso (Demarquay (3).»

Para la administracion de las duchas uterinas ó inyecciones de ácido carbónico se puede emplear el aparato de Fordos (4), que es fácil de manejar (figura 10). Se separa el tubo de estaño y se introducen en la garrafa los *cristales* de ácido tártrico, de modo que se coloquen en el fondo de la vasija; se añade en seguida el bicarbonato de sosa en polvo, y despues suficiente cantidad de agua. Hé aquí las dósis que Fordos emplea generalmente.

30 gramos de ácido tártrico en gruesos *cristales* del tamaño de abellanas.

30 gramos de bicarbonato de sosa en polvo.

$^1/_4$ de litro ó un vaso grande de agua.

Se deja marchar la reaccion durante quince ó veinte minutos sin agitar la garrafa, despues se agita de rato en rato si se detiene la produccion del gas. El ácido carbónico se desprende por la reaccion del ácido tártrico sobre el bicarbonato sódico, y como ambos cuerpos

(1) Willemin, *Revue d'hydrologie médicale*, 1858.
(2) Constantin Paul, *Gazette des hôpitaux*, 1863.
(3) Demarquay, *Essai de pneumatologie médicale*. Paris, 1866, p. 547.
(4) Fordos, *Journal de pharmacie*, 1858, t. XXXIII.

se emplean en el estado sólido, solo se produce el gas á medida que la solucion se verifica. El ácido carbónico atraviesa el tubo de estaño, donde existen fracmentos de mármol y trozos de esponja que le tamizan y separan las partículas ácidas ó salinas arrastradas mecánicamente.



Fig. 10.—Aparato gaso-inyectador: compuesto 1.°, de una vasija; 2.°, un tubo de estaño; 3.°, un tubo de caoutchouc terminado en una cánula. La vasija, semejante á los sifones de agua gaseosa, es de cristal grueso y de un litro de capacidad. El tubo de estaño se ajusta al cuello de la garrafa y hace el oficio de tapon. Es hueco, y contiene en su interior una capa de fracmentos de mármol en el fondo M, y encima una capa espesa de trozos de esponja. Está oradado en su parte inferior para dejar paso al gas, y cerrado en la superior por un tope movible á voluntad. En la parte lateral, inmediatamente debajo del tope, está soldado un pequeño tubo de estaño, al que se adopta un tubo de caoutchouc para dirigir el gas á la parte enferma. Este tubo tiene en su extremidad una cánula de 15 á 20 centímetros de longitud terminada en forma de olivar y con una abertura en la extremidad.

Se introducen primero los *cristales* del ácido tártrico que caen al fondo de la vasija; el ácido carbónico que se produce en la superficie agita el bicarbonato de sosa, lo que facilita su disolucion y descomposicion. De este modo se obtiene un desprendimiento abundante de gas. Si se operase de otro modo, si se colocase primero el bicarbonato de sosa, este se iria al fondo y seria con mas dificultad atacado

por el ácido tártrico, y solo se produciria la conveniente produccion del gas durante siete ú ocho minutos; suspendiéndose el desprendimiento seria menester agitar el aparato.

Si se quiere hacer una inyeccion vaginal, se debe tener la precaucion de introducir la cánula en la vagina antes de cargar el aparato.

Se puede tambien administrar duchas uterinas por medio del aparato de Mondollot, al que se adapta el tubo de prolongacion del aparato de Fordos.

Los accidentes que puede producir la inyeccion de ácido carbónico son poco temibles, limitándose á cefalalgias, aturdimientos, debilidad y oscurecimiento de la vista, cansancio, soñolencia; tales son los fenómenos que deberá el médico temer.

Excitantes.—Muchos autores han aconsejado ligeros excitantes, y Trousseau y Pidoux (1) insisten mucho acerca de su utilidad en los casos de menstruacion dolorosa y difícil, con escalofrios, pandiculaciones, diversos espasmos, y sobre todo retortijones uterinos dislacerantes. Las infusiones de *menta*, *torongil*, *romero*, *espliego*, *sérpol*, *salvia*, etc., son los medios mas sencillos y mas eficaces que se pueden poner en uso cuando se crea que es necesario esta excitacion.

Dilatacion del orificio interno del útero.—Cuando la amenorrea depende de una estrechez de la cavidad cervical del útero, J. H. Bennet emplea pequeños conos de esponja preparada de 2 á 3 centímetros de longitud, terminando en una extremidad roma cubierta de una ligera capa de cera. Uno de los conos se introduce en la cavidad del cuello por medio de un estilete; de modo que llene todo lo posible su cavidad, dejándola por espacio de unas veinticuatro horas. La cera se funde y proteje los tejidos que la esponja dilata poco á poco. La lenta dilatacion de la esponja vence la resistencia del cuello y abre su cavidad sin irritar la membrana mucosa, lo que no se verifica cuando la esponja no está cubierta de cera. Si no irrita la mucosa y la hace sangrar, se debe dejar la esponja veinticuatro horas, en cuyo término puede extraerla la enferma tirando del hilo fiador. La dilatacion se efectúa por lo comun sin sufrimiento. A veces, sin embargo, experimenta la misma enferma algunos dolores como los de la menstruacion. Si se deja la esponja mas de veinticuatro horas, se desprende expontáneamente, y quizá impulsada por el moco segregado por encima del punto de su colocacion. Si al colocarla se la hace pasar toda del orificio externo, penetrando mas allá del cuello, puede encontrarse luego retenida, haciéndose necesaria su extraccion, sobre todo si se ha roto el hilo, como muchas veces sucede. Si por el contrario, la esponja no ha penetrado lo suficiente en el cuello, se cae demasiado pronto. Es muy fácil conocer la porcion que ha permanecido en el cuello: está mucho menos hinchada esta porcion, y la que ha perma-

(1) Trousseau y Pidoux, *Tratado de terapéutica médica*, Madrid.

necido libre en la vagina está mas dilatada. Una línea muy manifiesta de demarcacion limita ambas partes.

Cuando el orificio uterino está muy apretado, y hay que introducir pequeñas porciones, no se puede menos de emplear el espéculum; el calor de la vagina, reblandece la esponja antes de que pueda penetrar en el cuello. Cuando este es mas permeable y puede admitir esponjas mayores, no es menester el espéculum, bastando la sonda ó el estilete, acostada la enferma sobre el lado izquierdo. La primera esponja no suele penetrar mas que un centímetro ó centímetro y medio, pero á medida que se introducen nuevas van entrando mas, hasta que toda la cavidad está dilatada. Como solo se introduce la esponja cada dos ó tres dias para no producir irritacion, es menester uno ó dos espacios intermenstruales para producir la dilatacion completa del conducto. El dia que se retira la esponja debe hacer una inyeccion de agua templada ó de un líquido astringente (1), con objeto de combatir la ligera irritacion que pudiera haberse producido. Una vez dilatado el cuello, deben hacerse las primeras inyecciones con sumo cuidado, porque si penetrara el líquido en el interior de la cavidad del cuello ó del cuerpo, sobrevendrian espasmos uterinos (J. H. Bennet (2).

Las esponjas que emplea Simpson (3) tienen la forma de un cono ó pirámide prolongada (fig. 11). Tienen gruesos y longitudes diversas, segun el objeto que se propone. Para prepararlas introduce el trozo de esponja en una fuerte solucion de goma arábiga, se la lía en seguida y comprime alrededor de un vástago central con bramante, dándola la forma de un cono; despues de seca se quita el bramante, y mas tarde se cubre su superficie con sebo ó cera y manteca para facilitar su introduccion. El conducto interior que debe servir para introducir la extremidad del vástago que introduce la esponja en el cuello del útero solo debe tener una profundidad de 1 á 2 centímetros, á partir de la base del cono. Uno de los lados de esta base está atravesado por un hilo que sirve de fiador... La introduccion se verifica por el mismo procedimiento que el cateterismo uterino. A veces conviene hacer inyecciones de agua templada para facilitar la dilatacion.

Precauciones higiénicas.—Por último, añadiré que en todos los casos de dismenorrea deben las enfermas guardar *quietud*, y evitar sobre todo las excitaciones de los órganos genitales. En cuanto al *régimen*, debe ser suave y ligero en las mujeres bastante fuertes, y tónico, segun Lisfranc, en las débiles.

(1) Creemos que esta inyeccion, para llenar el objeto que el autor se propone, deberá ser emoliente, pues astringente puede muy bien destruir la dilatacion. *(Nota de los traductores de esta edicion).*

(2) Bennet, *Traité pratique de l'inflamation de l'utérus*, traducida por el doctor Peter. Paris, 1864, p. 334.

(3) Simpson, *Monthly Journal*, Enero, 1850.

Resúmen y prescripciones.— Hemos revisado los principales medios dirigidos contra la dismenorrea. ¿Podremos decir ahora qué valor tiene esta medicacion? Es indudable que entre los diversos medios que acabo de indicar, hay cierto número cuya eficacia ha demostrado una repetida experiencia. Pero se nota la falta de un método riguroso en la apreciacion de los hechos terapéuticos cuando hay que ocuparse del tratamiento de esta enfermedad, lo mismo que en el de tantas otras. Conviene que los observadores que se entreguen á investigaciones sobre este punto expecifiquen los medios que convienen mejor, segun los casos determinados, y desembaracen este tratamiento de una multitud de agentes terapéuticos que vienen á complicarle inútilmente. Entretanto diremos que por lo que resulta de la experiencia, los mas útiles son las emisiones sanguíneas cuando hay ingurgitacion; los narcóticos y los antiespasmódicos, cuando se ven predominar trastornos funcionales, que consisten principalmente en dolores intensos, y finalmente, los medios quirúrgicos cuando existe un obstáculo mecánico al flujo de la sangre.



Fig. 11.—Esponja preparada, cogida con las pinzas para los pólipos.

Prescripcion I.—Cuando es evidente la ingurgitacion sanguínea.

1.° Bebidas emolientes y diluentes.

2.° Una sangría general, cuya abundancia se calcula por las fuerzas de la enferma. Si la dismenorrea se presenta en cada época menstrual, se procura evitarla por una de esas pequeñas sangrías, á las que Lisfranc ha dado el nombre de *sangrías expoliativas*.

3.° Aplicar de diez, doce á quince sanguijuelas al hipogástrio, íngles y lomos.

4.° Baños simples ó emolientes.

5.° Administrar una pocion calmante, una píldora de opio de 3 á 5 centígramos y mas al dia, una lavativa á una temperatura poco elevada, añadiendo ocho ó diez gotas de láudano de Sydenham.

6.° En ciertos casos en que es evidente el esfuerzo hemorrágico, ligeros emenagogos á los que se debe renunciar muy pronto si no producen efecto.

7.° Régimen suave y ligero, y quietud en la posicion horizontal.

Prescripcion II.—En el caso en que no haya ningun infarto, y que todo induce á creer que los accidentes son de naturaleza nerviosa.

1.° Para bebida, ligera infusion de tilo, menta, romero, etc., endulzada con jarabe de flor de naranjo.

2.° Opio, del mismo modo que en la prescripcion anterior.

3.° Una lavativa casi fria, añadiendo seis ú ocho gotas de láudano de Sydenham, y 10 centígramos de alcanfor desleido en una yema de huevo, cuyo tratamiento se continuará mientras persistan los dolores.

4.° Otros antiespasmódicos.

5.° Régimen tónico para las mujeres débiles (Lisfranc), suave y ligero para las demás. Quietud.

Por último convendria siempre hacer la exploracion de los órganos, lo que suministra preciosas indicaciones cuando se han formado coágulos, falsas membranas ó existen lesiones del útero.

Resúmen.—1.° *Dismenorrea por infarto sanguíneo.*—Tratamiento de la congestion uterina; sangrías revulsivas ó expoliativas, derivativos y ligeros emenagogos.

2.° *Dismenorrea sintomática de una afeccion orgánica.*—No presenta nada de particular respecto al tratamiento.

3.° *Dismenorrea por formacion de coágulos ó de falsas membranas.*—Sangrías expoliativas, alcalinos interior y exteriormente, narcóticos y antiespasmódicos.

4.° *Dismenorrea por estrechez del cuello.*—Dilatacion.

5.° *Dismenorrea por flexion de la matriz.*—Enderezar este órgano por medio de la sonda uterina y del pesario intrauterino.

6.° *Dismenorrea nevrálgica.*—Vejigatorios, cauterizacion lumbar, cauterizacion é incision del cuello, etc.

7.° *Dismenorrea histerálgica.*—Antiespasmódicos, narcóticos, inyecciones de vapores de cloroformo ó de ácido carbónico, ligeros excitantes y precauciones higiénicas.

ARTÍCULO III.

METRORRAGIA.

§ I.—Historia.

Se puede dividir la metrorragia en muchas expecies, segun las principales circunstancias indicadas por los autores. La mas antigua

de estas divisiones distingue las metrorragias en *activas* y *pasivas*: que es comun á todas las hemorragias. Se distingue tambien la pérdida sanguínea que se verifica *en el estado de vacuidad*, *durante el embarazo*, y *durante* ó *poco despues del parto*. Otros autores han multiplicado las divisiones. Así, se han admitido las siguientes: 1.° *Metrorragia constitucional*; 2.° M. *sucedánea ó supletoria*; 3.° M. *sintomática*; 4.° M. *simpática*; 5.° M. *crítica*; 6.° M. *espasmódica*; 7.° M. *intermitente*, y 8.° M. *epidémica* (1). Las circunstancias variables que sirven de base á esta clasificacion, no son de bastante importancia para que hayamos de atenernos á seguirla, y así será suficientemente decir en el curso de esta descripcion que es lo que caracteriza estas diversas expecies.

Los autores del *Compendio* han propuesto que se admita una *metrorragia por aumento de los glóbulos de la sangre*, otra *por disminucion de la fibrina de este líquido*, otra *por alteracion de los sólidos que modifica la testura ó la circulacion del órgano*, y finalmente una *metrorragia por simple lesion dinámica*. Las dos primeras expecies corresponden á las metrorragias activa y pasiva de los autores, la tercera no es mas que la *metrorragia sintomática* dependiente de ciertas afecciones del útero, como el *cáncer* ó los *pólipos*, y solo tiene importancia cuando por su abundancia ocasiona una grave alteracion del organismo, ó cuando peligra la vida de la enferma; y en cuanto á la cuarta, está bien claro que la denominacion que se le da equivale á decir que no se conoce la causa que la produce.

La metrorragia que depende de una lesion profunda del útero, que solo puede ofrecernos interés en una circunstancia única cuando compromete la vida de la enferma; porque siendo moderada no pasa de un fenómeno secundario que corresponde á la descripcion de la enfermedad en cuyo curso aparece.

Además, hay otra expecie, y expecie de las mas importantes, que no debe formar parte de un Tratado de patologia interna, segun la division que hemos adoptado: hablamos de la que ocurre en las mujeres embarazadas ó recien paridas, cuya descripcion corresponde á los Tratados de partos.

§ II.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *metrorragia* á todo flujo de sangre procedente del útero cuando excede de los límites de la evacuacion menstrual, ó cuando aparece fuera de las épocas en que se presenta esta.

Se ha designado á esta enfermedad con los nombres de *hœmorragia uterina*, *paramenia superflua*, *menorrhagia*, *fluor uterini sanguinis*, *hysterorrhagia sanguínea*, *stilicidium uteri*, *pérdidas rojas*, *hemometrorragia*, etc. Se designa particularmente con el

(1) Véase Sissy, *Essai sur l'hémorrhagie utérine*, thèse. Paris, 1837.

nombre de *menorragia* al flujo excesivo de las reglas, al paso que se aplica mas expecialmente la palabra metrorragia á la hemorragia que aparece fuera de las épocas menstruales. Aun cuando la voz metrorragia no designa la naturaleza del flujo, tiene una significacion generalmente admitida.

La metrorragia es una enfermedad muy *frecuente*; la práctica diaria así nos lo acredita, y pronto veremos si es posible indicar la frecuencia en cada una de las expecies.

§ III.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—*Edad.*—La ciencia posee algunos ejemplos de metrorragia en niñas de corta edad, por ejemplo, de cinco, seis y siete años; pero estos hechos son muy raros, á lo menos en nuestros climas. Tampoco es frecuente, aun cuando los ejemplos son mucho mas numerosos, observar la metrorragia en los primeros años de la menstruacion, á no ser durante el parto ó poco despues, casos de que no nos ocupamos aquí. A médida que se aproxima la *edad crítica*, y principalmente durante esta época es cuando aparece mas comunmente la hemorragia uterina. Aun despues de esta edad suele observarse así con bastante frecuencia la metrorragia, y mas adelante veremos que entonces su pronóstico es mas grave, porque en tales casos depende las mas veces de un *cáncer del útero*.

Temperamento.—Se han citado como mas expuestas á la metrorragia, por una parte las mujeres de *temperamento sanguíneo*, cuyas reglas son habitualmente abundantes, y por otra las *nerviosas* y *linfáticas:* las primeras padecen, segun los autores, metrorragias *activas*, y las otras flujos sanguíneos *pasivos*. Lo que hay de cierto es que en ninguna parte se hallan investigaciones satisfatorias acerca de este punto, y que todo induce á creer que se han emitido estas aserciones atendiendo principalmente á ideas teóricas.

Constitucion.—No está mejor determinada la influencia de la constitucion. Es verdad que se ha dicho que las hemorragias *activas* del útero se observaban principalmente en las mujeres robustas, y que las de constitucion débil estaban mas predispuestas á las *pasivas*; pero se conoce á primera vista que esta es una asercion comun que se reproduce al hablar de todas las hemorragias y cuya exactitud no está probada de modo alguno.

Estaciones y climas.—Todos los autores están acordes en que el habitar en los climas cálidos predispone singularmente á la metrorragia; pero por desgracia no se hallan en las obras de los autores que han observado en estos paises suficientes datos acerca de este punto. Es verdad que Blumenbach (1) ha dicho que la mayor parte de las

(1) Blumenbach, *De l'unité du genre humain et de ses variétés*. Paris, 1804, in-8. —Prichard, *Histoire naturelle de l'homme*. Paris, 1843, t. II, p. 249.

europeas que van á Guinea perecen allí á consecuencia de hemorragias uterinas, pero esta no pasa de una asercion sin verdadero valor. Indudablemente este hecho no carece de probabilidad, pues ya sabemos que en los climas cálidos aparecen los ménstruos á una edad mucho menor que en los paises frios, y que por consiguiente hay en aquellos mayor tendencia á las congestiones uterinas normales; pero de este hecho fisiológico no se puede sacar un resultado patológico sin haber consultado la observacion mejor de lo que se ha hecho hasta ahora.

Todos conocen los hechos que ha referido Saucerotte (1) para probar que la rarefaccion del aire en los *sitios elevados* es una causa predisponente de la metrorragia, y que habiendo observado esta enfermedad en un gran número de mujeres en lo alto de los Vosgos, las ha curado haciendo que las enfermas bajasen á los valles.

Calor artificial.—Segun Timoni (2), el uso inmoderado de los *baños calientes* es una causa de la metrorragia, pero respecto á esto debemos reproducir las reflexiones que hèmos hecho acerca de los climas. Lo mismo decimos relativamente á la permanencia en *sitios sumamente acalorados.* Se ha acusado como causa de los flujos de sangre uterinos al *uso de los braserillos* tan generalizados entre las mujeres del pueblo; pero ¿qué se ha hecho para asegurarse de que esto era así? Se han citado algunos casos de mujeres que usaban este calentador y han padecido metrorragias, como si estas mujeres gozasen de una inmunidad contra todas las demás causas que pueden producir la enfermedad. Por nuestra parte diremos que habiendo leido un gran número de observaciónes de metrorragia, apenas hemos hallado ninguna en que se hiciese mencion del uso de los braserillos.

Debilidad por enfermedades anteriores, etc.—Se han citado tambien como predispuestas á la metrorragia, y expecialmente á la que se designa con el nombre de *pasiva*, las mujeres debilitadas por enfermedades anteriores y por *convalecencias difíciles*, sobre todo si durante estas enfermedades y convalecencias ha guardado un régimen muy severo. Se ha atribuido la misma influencia predisponente á todo lo que puede debilitar considerablemente el organismo, tal como la *lactancia* prolongada por demasiado tiempo, los flujos mucosos, etc.

Se ha observado que las mujeres que han tenido muchos *partos ó abortos*, sobre todo á intervalos cortos, están mas expuestas que las demás á la metrorragia, y otro tanto se ha dicho de las que abusan de las bebidas calientes y relajantes, de las inyecciones, de las lavativas calientes, etc.

Constitucion médica.—Se han citado varios hechos que al parecer prueban que en ciertas épocas se presentan con una facilidad notable

(1) Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*. Paris, 1801, t. I.
(2) Timoni, *Dissertation sur les bains orientaux*.

los flujos metrorrágicos, y la circunstancia principal que hay que notar en estos hechos en que segun los autores que los han referido, reinaban entonces afecciones consideradas como biliosas. Todos han referido con este motivo las observaciones de Stoll, en 1778, y las recogidas en la epidemia de Tecklemburgo, ¿pero á quién pueden convencer hechos que se han indicado sin mas detalles?

Herencia.—Finalmente, se ha citado como última causa predisponente la herencia, sin aducir no obstante en su favor mejores pruebas que las que se han dado para las anteriores.

2.° *Causas ocasionales.*—Entre las causas ocasionales hallamos primeramente las excitaciones directas, tales como el *abuso del cóito*, la *masturbacion* y la *existencia de un pesario*. Relativamente al *abuso del cóito*, tenemos las preciosas investigaciones de Parent-Duchâtelet (1), que prueban la influencia de esta causa, por lo comun que es la metrorragia en las mujeres públicas. Se han citado casos de haberse presentado esta afeccion en el momento en que las enfermas hacian *esfuerzos* para levantar un peso, ó ejecutaban movimientos violentos.

Los *sacudimientos* que imprime al cuerpo al andar á caballo ó en carruaje son causas que se aproximan á las anteriores, y lo mismo sucede con los *ejercicios violentos* del cuerpo, como la carrera, el salto y el baile. Finalmente, se ha visto empezar á salir la sangre, y á veces con abundancia, inmediatamente despues de una caida sobre los piés, las nalgas ó las rodillas.

Las *emociones vivas*, las pasiones violentas, y sobre todo los accesos de cólera, han sido seguidos á veces de flujo metrorrágico, de lo cual han referido ejemplos muchos autores, y se hallan algunos muy notables en la obra de Brierre de Boismont, que hemos tenido ocasion de citar repetidas veces.

Segun algunos autores, bastan para provocar la metrorragia una irritacion producida en los intestinos, el uso de los *purgantes drásticos*, y la existencia de *lombrices* en el conducto intestinal (Van den Boch).

Volvemos á hallar aquí como causas ocasionales á cierto numero de las que ya hemos estudiado como predisponentes: así se ha observado que simples inyecciones calientes, un baño, y sobre todo de asiento, á la misma temperatura, pueden producir una metrorragia, que quizá no hubiera aparecido sin estas causas determinantes.

Se han indicado además la *aplicacion de sanguijuelas* al cuello del útero, ó solo sobre las *partes genitales*, principalmente cuando se ponen en corto número, como cuando se quieren restablecer las reglas, la *cauterizacion* del mismo cuello, los pediluvios irritantes, los *sinapismos* á las piernas, y en una palabra, todo lo que sea capaz de atraer la sangre hácia la pélvis y las extremidades inferiores.

(1) Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3.ª édicion. Paris, 1857, t. I, p. 233.

Por último, se debe colocar necesariamente entre las causas de la metrorragia el uso de los *emenagogos* que, empleados con el objeto de restablecer las reglas disminuidas ó suprimidas, han excedido del objeto con que se administraban y ocasionando hemorragias alarmantes. Ya hemos visto al hablar de la amenorrea cuáles son los límites en que es preciso detenerse.

Las causas ocasionales que acabamos de enumerar obran principalmente en la época de la menstruacion, en que la sangre se dirige naturalmente hácia el útero. Entonces es cuando expecialmente los abscesos del cóito, los ejercicios violentos y las emociones vivas obran de un modo eficaz, y de un flujo sanguíneo que hasta el mismo instante parecia enteramente normal, hacen una hemorragia á veces alarmante. De esto se puede deducir que la expecie de flujo sanguíneo del útero á que se ha dado el nombre de *menorragia* es principalmente el que producen las causas ocasionales.

Constantino Paul (1) indica la *intoxicacion saturnina* como causa de metrorragia. En el estudio de las enfermedades producidas por el plomo, nos ocuparemos de este asunto y de otras importantes observaciones contenidas en la Memoria de este observador.

3.° *Condiciones orgánicas.*—Ya hemos dicho antes de ahora que se admiten metrorragias que no reconocen mas causa que un estado pletórico mas ó menos manifiesto, y así, si se reconoce la existencia de esta causa, se debe deducir que la enfermedad se desarrolla bajo la influencia del solo aumento de los glóbulos de la sangre, porque ya hemos dicho en el artículo PLÉTORA que este aumento de los glóbulos es el cáracter exencial de la plétora sanguíneas. Sin embargo, debemos advertir que no se ha hecho mas que aplicar á la metrorragia lo que se ha dicho de las hemorragias en general, y que no se han emprendido investigaciones expeciales acerca de esta afeccion.

Algunos autores han hablado de una plétora local, de un *raptus* mas ó menos considerable de sangre hácia el útero, que termina mas pronto ó mas tarde por una hemorragia. Esta supuesta plétora parcial no es mas que una congestion como la que hemos descrito en el artículo anterior, y que se renueva con mayor ó menor frecuencia antes del flujo uterino. Estos son los casos en que tomando antecedentes se halla con bastante frecuencia, segun los autores, que la mujer ha tenido muchos partos ó frecuentes abortos; sin embargo, algunas veces es imposible descubrir la causa de estas congestiones repetidas, lo cual seria no obstante de grande importancia.

Pueden hallarse en las mujeres que padecen metrorragia condiciones enteramente opuestas, que su sangre sea mas flúida y esté menos cargada de glóbulos, y sobre todo de fibrina. Esto es lo que se observa principalmente en la *menorragia* que existe en un estado

(1) C. Paul, *Étude sur l'intoxication lente par les préparations de plomb, et de son influence sur le produit de la conception* (*Arch. gén. de méd.*, Mayo, 1860).

clorótico, porque en tales casos la hemorragia se verifica casi siempre en la época de las reglas. Sin embargo, es preciso tener mucho cuidado de no confundir este estado de la sangre con la anemia que resulta de una afeccion orgánica de duracion mas ó menos larga, y de creer que la hemorragia se efectúa simplemente bajo la influencia de este empobrecimiento del líquido sanguíneo, porque hay, como vamos á ver, una causa bastante poderosa de la hemorragia con la afeccion orgánica, y la prueba es que el empobrecimiento de la sangre es tan solo consecutivo á los flujos numerosos que ocasionan la lesion del órgano.

Hay ciertas alteraciones, ciertos productos morbosos del útero, que dan orígen á la hemorragia uterina, y en estos casos, la enfermedad constituye un síntoma, por lo comun muy grave, además de los peligros á que por sí misma expone á la enferma. Todos saben que el cáncer del útero está frecuentemente acompañado de la hemorragia de este órgano; pero en general no se forma una idea exacta de la frecuencia y del valor de este síntoma. Volveremos á hablar de esto en los artículos FUNGOSIDADES y CÁNCER DEL ÚTERO, limitándonos por ahora á decir que el profesor Louis (1) ha visto empezar la enfermedad en la inmensa mayoría de casos por un flujo de sangre mas ó menos considerable, y que desde que hemos fijado nuestra atencion sobre este punto, no hemos observado un solo caso de cáncer uterino que haya empezado de otro modo; interrogadas las enfermas con cuidado, siempre han respondido que cuando han padecido su primer flujo gozaban de un excelente estado de salud, que solo algun tiempo despues sintieron dolor y peso en la pélvis, que no tenian ninguna evacuacion, ó si padecian flujo blanco, era ya de muy antiguo, y no habian observado que cambiase de carácter. Este hecho, que es análogo al que hemos visto en el cáncer de otros órganos, y en particular *en el del estómago*, es expecialmente notable por la constancia con que se verifica la hemorragia, pues en los demás órganos dista mucho de ser considerable al principio la frecuencia de aquella.

Algunas veces es absolutamente necesario, para explicar la metrorragia, recurrir á un estado particular de la sangre que predispone á las enfermas á hemorragias de toda expecie. Estos son tambien ejemplos de esas *hemorragias constitucionales* que hemos citado repetidas veces al hablar de la *epistaxis*, de la *hematemesis*, etc., y lo que hay de notable en estos casos es que por lo comun se verifica la hemorragia por varias vias á la vez. Se ha querido naturalmente incluir los hechos de este género entre las metrorragias dependientes de una disminucion de la fibrina de la sangre; pero esta causa misteriosa que por lo comun produce esta alteracion de la sangre en muy poco tiempo, como sucede cuando este líquido sale á la vez por

(1) Louis, *Recherches inédites*.

la boca y por el recto, forma manchas bajo la piel (*purpura hæmorrhagica*, *equímosis escorbúticas*, etc.; esta causa, repetimos, imprime á los hechos á que aludimos una fisonomía enteramente expecial.

Finalmente, el doctor Mitchel (1) ha citado casos que prueban que la metrorragia puede depender de esa *nevralgia lumbo-uterina* que he dado á conocer y que empieza á llamar la atencion de los autores. (Véase DISMENORREA y NEVRALGIA UTERINA.)

Por último, segun Gubler (2), muchas hemorragias uterinas consideradas como menstruaciones anticipadas, al principio ó en el curso de las enfermedades agudas, solo son flujos sanguíneos comparables á las epistaxis iniciales de las fiebres. Las enfermedades agudas pueden determinarlas apenas pasados ocho dias, despues de la última menstruacion ó bien ocho dias antes, así como en cualquier tiempo intermedio entre uno y otro período.

«El período de las pirexias en que se presenta con mas frecuencia las *epistaxis uterinas* es el de invasion. Pero tambien pueden presentarse estas exhalaciones sanguíneas en las diversas fases de las afecciones piréticas. La facilidad de su produccion y su abundancia están en relacion con la intensidad de la enfermedad, con el predominio de las fluxiones en los órganos hipogástricos, y con la tendencia al estado de disolucion de la sangre y de reblandecimiento de los tejidos de donde resulta la diátesis hemorrágica. Así las epistaxis uterinas se encuentran con mas frecuencia al principio de las flegmasías torácicas y abdominales, de las fiebres tifoideas, de erisipelas ó de las erupciones febriles, y sobre todo en el período inicial de las fiebres exantemáticas, sarampion, escarlatina y viruela (3).»

§ IV.—Síntomas.

Vamos á indicar algunas variedades, cuyos caractéres expondremos, conviniendo no obstante, en que á la cabecera del enfermo no siempre se observan, ni con mucho, diferencias tan manifiestas; en seguida será fácil á un médico atento hacer aplicacion de estos síntomas á los casos particulares.

Hablaremos primero de las hemorragias abundantes que aparecen con rapidez y terminan en poco tiempo, y á las que algunos autores han dado el nombre de *metrorragia aguda*; en seguida pasaremos á las que consisten únicamente en una prolongacion excesiva del flujo menstrual, que es la expecie que ha recibido particularmente el nombre de *menorragia*, aun cuando en un gran número de casos se debe

(1) Mitchel, *loc. cit.*

(2) Ad. Gubler, *Des épistaxis utérines simulant les régles, au début des pyrexies et des phlegmasies* (*Mémoires de la Société de biologie*, 3.ª série, t. IV, p. 143, año de 1862).

(3) Ad. Gubler, *loc. cit.*, p. 188 et 189. Comparez avec Hérard, *De l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles, et réciproquement* (*Actes de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2.° fascicule. Paris. 1852).

comprender tambien á la anterior en esta denominacion, porque aparece de preferencia durante las reglas; y finalmente, daremos á conocer las hemorragias de larga duracion, que lo mismo se verifican fuera de los períodos menstruales que durante su curso, y á las que se ha dado el nombre de *metrorragia crónica* ó *metrorragia pasiva*, segun que se ha atendido á su duracion ó á los síntomas locales y generales que la caracterizan.

Síntomas precursores.—Puede aparecer la metrorragia sin síntomas precursores, ó á lo menos estos síntomas son á veces tan ligeros que no llaman la atencion. En efecto, se observa que en ciertas mujeres sale la sangre por la vagina con bastante abundancia, y en seguida la hemorragia se hace alarmante, sea por su intensidad ó por su duracion, sin que haya ningun síntoma general ó local que les anunciase la inminencia de la metrorragia. Esto se ha observado lo mismo en la metrorragia simple ó *esencial* que en la sintomática, y con bastante frecuencia tambien en la *menorragia*; así se presentan las reglas como de costumbre, corre como de ordinario durante cierto tiempo, y en seguida se aumenta el flujo sin que haya ocurrido nada de particular, si bien en la época en que debia cesar la menstruacion no lo hace y continúa durante muchos dias ó muchas semanas, sin mas síntomas que los que dependen de un flujo demasiado considerable. No es igualmente raro ver aparecer así sin prodromos la metrorragia ocasionada por una causa directa, por una violencia exterior, que es lo que sucede cuando el flujo de sangre sigue inmediatamente á la accion de esta causa, como en el ejemplo que pone P. Dubois (1) de una mujer que habiendo caido sobre las nalgas, se halló en el momento ó á poco rato bañada en sangre.

Pero es mucho mas comun ver que preceden á la hemorragia uterina síntomas marcados, y hasta si hubiésemos de creer á algunos autores, siempre sucede así. Tal es la opinion de Duparcque, que designa á las metrorragias con el nombre de *infartos* hemorrágicos; pero la lectura de las observaciones y los hechos que cada uno puede ver por sí mismo prueban que esta opinion es exagerada.

Los síntomas precursores son muy variables, segun los casos; su intensidad está casi siempre en relacion con la dificultad que experimenta la sangre para salir al exterior, y resultan casi todos de la congestion uterina, que es por lo que se ha dado á la enfermedad, como acabamos de decir, el nombre de *infarto hemorrágico*. Es preciso distinguir estos síntomas en *locales* y *generales*.

Los *síntomas locales* son los siguientes: las enfermas experimentan una sensacion de peso en la pélvis, de plenitud, de cansancio y á veces hasta de calor inusitado, cuyos síntomas unidos á un estado de agitacion y de malestar general mas ó menos manifiesto, son por

(1) Paul Dubois, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XIX, art. METRORRHAGIE.

lo comun los únicos que anuncian el flujo uterino. En otros casos, y por lo regular cuando la hemorragia debe ser mas considerable, se observan además dolores que se irradian á los lomos, al abdómen y á los muslos, ardor y prurito en los órganos genitales, y finalmente, en los casos mas graves hay verdaderos cólicos uterinos y contracciones expulsivas, acerca de las cuales ha insistido Duparcque particularmente. Si el médico es llamado en esta época y antes que haya empezado á salir la sangre, halla por la palpitacion y percusion del hipogástrio el desarrollo del útero, tal como le hemos indicado en el artículo anterior, y por el tacto reconoce la tumefaccion del cuello y el aumento de peso del órgano.

Los *síntomas generales* pueden estar limitados, como acabamos de decir, á un malestar ligero; pero en los casos graves se observa una tension mayor ó menor de los hipocondrios, á veces la tumefaccion de las mamas, y hasta un dolor manifiesto de estos órganos (véase el artículo DISMENORREA); laxitudes expontáneas, una cefalalgia persistente que hallaremos tambien entre los síntomas del flujo uterino, y además el desarrollo, dureza y aceleracion del pulso, á veces su pequeñez, y finalmente, en casos mas raros horripilaciones, enfriamiento en las extremidades, y sobre todo de las inferiores, con llamaradas de calor á la cara, alternativas de calor y frio en todo el cuerpo, zumbido de oidos y vértigos.

No se vaya á creer que los síntomas que acabamos de indicar se encuentran así agrupados en todas las metrorragias que presentan prodromos, pues que en la descripcion de esta enfermedad se ha procedido del mismo modo que en las de todas las demás hemorragias; se han tomado de los casos mas diversos síntomas precursores aislados, y en seguida se los ha reunido para formar con ellos el cuadro de los prodromos de la metrorragia; pero á la cabecera del enfermo solo se hallan por lo comun uno ó dos, y muy rara vez se los encuentra todos. Lo único que en general es posible decir, es que estos síntomas precursores se presentan principalmente en las hemorragias llamadas activas, y que están en relacion con la violencia del flujo que ha de sobrevenir; pero sin embargo, aun esta regla sufre numerosas excepciones.

Síntomas durante la hemorragia.—No varía menos, segun los casos, la aparicion del flujo uterino que los síntomas precursores que le anuncian ordinariamente. Unas veces sale la sangre de *repente* en cantidad considerable, y hasta en algunos casos se ha observado una verdadera hemorragia fulminante, tal era la abundancia y rapidez con que se presentaba el flujo sanguíneo. Pero las mas veces la metrorragia va llegando solo poco á poco á su mayor grado de intensidad, lo mismo que sucede con la menstruacion ordinaria.

Es considerable la *impetuosidad* con que sale el líquido, segun todos los autores, en los casos de *hemorragia activa* ó bien de *hemorragia aguda*; pero no se ha emitido esta opinion, fundándola en un

resúmen exacto de suficiente número de hechos. Se observan con frecuencia grandes flujos de sangre que aparecen de repente ó con mucha rapidez, ya en mujeres anémicas ó ya en casos de cáncer del útero, circunstancias en las cuales se notan mas particularmente las hemorragias consideradas como pasivas. Hemos asistido á una enferma de cáncer que sin tener ningun síntoma precursor, ni ninguno de los signos que se atribuyen á la metrorragia activa, tuvo un flujo uterino tan considerable que quedó casi exagüe y en el mas alto grado de debilidad.

En la metrorragia, que hemos llamado aguda por seguir la distincion antes de ahora citada, pero sin dar otro valor á esta palabra, se observa, segun los autores, *el color rutilante, una temperatura elevada y una gran coagulabilidad de la sangre*, al paso que en las demás expecies se hallan los caractéres opuestos. Pero estos diversos caractéres no dependen ni de la mayor ó menor duracion de la hemorragia, ni hasta cierto punto de la presencia ó ausencia de los síntomas de congestion local ó general, sino mas bien del estado en que se halla la enferma en el momento de la hemorragia. Si es una mujer delicada que tiene la sangre poco rica, este líquido saldrá pálido, no coagulado, en una palabra, seroso, aun cuando la enfermedad vaya acompañada de signos de congestion, de aceleracion y hasta de plenitud de pulso, etc., al paso que en una mujer bien constituida la sangre evacuada será rica, á pesar de que el flujo dure desde mucho tiempo, y que se verifique poco á poco sin síntomas locales ó generales bien manifiestos. En los casos de afeccion orgánica, la sangre puede igualmente ser rica, ó pobre y serosa, segun el estado de la constitucion. En general, la sangre que sale al principio es rica, colorada y coagulable, al paso que cuando ya la enfermedad ha hecho progresos y cuando los flujos se han sucedido á intervalos bastante cortos, la sangre se pone siempre acuosa y se coagula poco ó nada.

La formacion de los *coágulos* merece una atencion expecial. En efecto, á veces son tan sumamente voluminosos que obstruyen completamente la via por donde debe salir la sangre, y continuando acumulándose esta por encima del obstáculo, resultan de aquí accidentes graves, que daremos á conocer mas adelante. A veces se expulsa de repente una gran cantidad de coágulos con mucha sangre líquida, y otras solo aparecen estos en corto número y pequeño volúmen, y entonces no tienen mas inconveniente que el que pueden estacionarse en la vagina en las mujeres poco cuidadosas, y efectuarse allí su alteracion.

En general no se ha apreciado la *abundancia* de la cantidad de sangre en los casos de hemorragia uterina, como en las demás hemorragias, lo cual depende sin duda de como el líquido se vierte en las ropas, es difícil medir su cantidad. Pero todos saben que puede salir en muy poco tiempo una cantidad enorme de sangre, y se han

citado casos, como hemos dicho antes de ahora, de hemorragias fulminantes que en algunos instantes han puesto á la enferma á las puertas de la muerte, ó han sucumbido. Sin embargo, es preciso decir que los casos de este género son sumamente raros en la metrorragia no puerperal, que es de la que nos ocupamos aquí, y entre estos hechos excepcionales los principales pertenecen al cáncer y á esas hemorragias constitucionales, de que hemos tenido ocasion de hablar al tratar de los flujos de sangre de los demás órganos.

Lo mismo que en la *epistaxis*, se ha querido reconocer por medio de algunos signos particulares si la sangre procedia de las arterias ó de las venas del útero, y el doctor Ashwell (1) ha admitido recientemente esta division. Así, pues, cuando la sangre es rutilante, coagulable, espumosa y caliente, creen ciertos autores que procede de las arterias, y que sale de las venas cuando presenta caractéres opuestos. Creo inútil decir que esta opinion no está fundada en ningun experimento, y que solo por el raciocinio se ha llegado á formar esta distincion, que es inadmisible.

Varios autores, y en particular Gendrin, han hablado de los *flujos de serosidad* que alternan ó coexisten con la hemorragia. Ya hemos dicho que el líquido puede ser muy acuoso, por consiguiente muy poco colorado, y parecerse así á la serosidad; pero en ninguna observacion hemos hallado la prueba de que la serosidad pura haya reemplazado á la sangre. Gendrin ha citado acerca de esto un hecho que dista mucho de ser concluyente, y es una observacion de Albrecht (2), que me parece que no puede interpretarse como lo ha hecho este autor. Los detalles que contiene, y entre otros el dolor excesivo que acusaba la enferma, unidos al curso de la enfermedad, prueban que era un *cáncer del útero* ulcerado, segun todas las probabilidades, y que segregaba el líquido por lo comun muy abundante que se observa en esta afeccion. No es decir esto que no se puedan verificar por la matriz flujos serosos, pues veremos en el artículo HIDRÓMETRA que en ciertas circunstancias existe realmente una secrecion serosa; pero hasta ahora no han probado los hechos que estos flujos sustituyan al sanguíneo y *viceversa*.

Las flores blancas ó flujo mucoso aparecen con frecuencia en las mujeres que padecen metrorragia. Estas evacuaciones no ofrecen nada de particular, excepto que, lo mismo que las que acompañan á las reglas, son mas abundantes un poco antes y despues de la hemorragia que en ninguna otra época. Este síntoma se observa con expecialidad en las *metrorragias de larga duracion*, y que se reproducen á intervalos mas ó menos distantes.

La hemorragia uterina se efectúa por lo comun sin *dolores* cuan-

(1) Ashwell, *A practical Treatise on the diseases peculiar to Women*. London, 1845.

(2) Albrecht, *Miscell. curios., sive Ephem., med. phys. germ. Acad.*, dec. III, ann. V y VI, obs. 21: *De leucorrh. atrociss. cum hæmorr. uter., etc.*

do es idiopática, y hasta sucede ordinariamente que la salida de la sangre hace cesar el peso hipogástrico, y las incomodidades que hemos dicho producia la congestion uterina. No obstante, puede coincidir cierto dolor con el flujo de sangre, aun cuando no exista lesion orgánica del útero, y todos los autores han atribuido este síntoma á que persiste todavía la congestion. Sin embargo, hay que convenir en que pueden tener un carácter nevrálgico, y la prueba está en los buenos resultados que ha obtenido el doctor Mitchell (véase artículo LEUCORREA) por medio de la cauterizacion lumbar hecha con el hierro enrojecido.

En los casos de cáncer puede existir el dolor, aun cuando no es constante, ni con mucho, en todas las épocas en que se verifica la hemorragia, y entonces se le explica por una parte por el infarto sanguíneo, y por otra por el cáncer.

Pero nunca son tan intensos los dolores como cuando se forman uno ó mas coágulos que interceptan el curso de la sangre y de los que trata la matriz de desembarazarse: en estos casos hay verdaderos *cólicos uterinos*, de lo cual muchos autores, y entre otros Lisfranc, han citado ejemplos. En los casos de este género ha bastado extraer los coágulos y restablecer el flujo para que cesen al momento los grandes dolores que experimentan las enfermas.

Siempre se debe hacer con cuidado el *exámen* de los órganos de donde procede la hemorragia, exámen que da distintos resultados, segun que el flujo es idiopático ó sintomático. Si se practica el *tacto*, en el primer caso se halla el cuello mas ó menos voluminoso, blando y un poco caliente, cuando es una metrorragia incipiente en una mujer todavía robusta, y sobre todo si ha precedido á la hemorragia una congestion uterina un poco intensa. Si por el contrario, la enferma se halla debilitada, ya por la metrorragia misma despues de repetidas pérdidas de sangre, ó ya por otra enfermedad, pueden observarse como únicos signos la blandura y el estado esponjoso del cuello del útero. En todos los casos el cuello está mas ó menos entreabierto y admite la extremidad del dedo.

Si es una metrorragia sintomática de una afeccion del útero, y ya sabemos que prescindiendo de los *pólipos*, que pertenecen á la cirujía, el *cáncer* de la matriz es la única enfermedad que ocasiona casi exclusivamente estos flujos sanguíneos, se halla el cuello tumefacto, con eminencias duras que le hacen desigual, ó bien pérdidas de sustancia, en una palabra, los signos que describiremos cuando tratemos del cáncer del útero.

La *inspeccion por medio del espéculum* permite apreciar con mas exactitud la tumefaccion del cuello: este tiene un color rojo oscuro, da sangre cuando le tocan las ramas del espéculum, y se percibe su orificio abierto, á veces muy dilatado, y por el cual sale sangre procedente de la cavidad uterina. El mismo cuello presenta con frecuencia granulaciones y erosiones alrededor de su abertura, pero

no se crea que estas son el orígen de la hemorragia, porque en efecto, si se restaña la sangre con unas hilas, se observa que las porciones granulosas y con erosiones, expecialmente cuando se las comprime, no es posible considerarla como capaz de constituir una metrorragia, y para el práctico solo constituye un ligero accidente, que seria inútil describir como una enfermedad distinta. Separando los labios del cuello, se perciben á veces las fungosidades que indica el doctor Jobert (de Lamballe).

El histeróscopo ó espéculum uterino, que permite reconocer estas particularidades y muchas otras modificaciones patológicas, cuya indicacion encontraremos mas adelante, ha sufrido, como todos los instrumentos, numerosas variaciones en su forma y dimensiones. Mencionaremos primeramente el espéculum de Recamier (figura 12).



Fig. 12.—Espéculum cónico de Recamier.

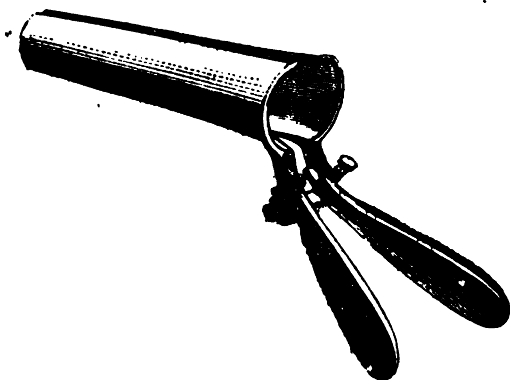
Se inculpa á la *forma cónica* de este instrumento, no solo no facilitar la introduccion y no permitir con perfeccion la exploracion de las partes enfermas, sino el corresponder la parte mas ancha del espéculum á la mas estrecha de la vagina. La forma *cilíndrica* dada al espéculum de cristal, ha recibido una notable mejoría en manos de Fergusson (figura 13), que ha hecho cubrir exteriormente el tubo de cristal por una hoja metálica muy brillante y esta por otra delgada de caoutchouc. Merced á esta modificacion, «la reflexion es mucho mayor en el interior del tubo, es mas sólido el instrumento, y produce mas iluminacion que el espéculum metálico, y pueden examinarse las paredes de la vagina en el momento de la introduccion ó de extraccion del espéculum. Este instrumento debe tener la extremidad uterina cortada oblícuamente (1)». Si los espéculos univalvos, cónicos ó cilíndricos son los mejores cuando se quiere explorar el cuello del útero, los divididos en varias valvas de Boivin, de Jover (de Lamballe), de Coxeter, de Weiss, permiten ade-



Fig. 13.—Espéculum de Fergusson.

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. de Wieland y Dubrisay, p. 21. Paris, 1866.

más explorar las paredes vaginales, y aun permitir el actuar directamente sobre ellas. El espéculum de Ricord, que en su género es uno de los mas sencillos, está formado de dos ó mas valvas semicilíndricas. Cuando el instrumento está cerrado, estas valvas forman un cono; pero haciendo presion sobre el mango, una vez introducido en la vagina, se separan las extremidades de las valvas. Este espéculum (figura 14), puede adaptarse á vaginas de todas dimensiones, y separando una de las valvas puede explorarse el estado de la mucosa vaginal.


Fig. 14.—Espéculum bivalvo de Ricord.

En fin, Cuzco, habiendo observado que los espéculos de valvas anchas en su parte anterior, tienen la ventaja de distender mejor la mucosa de abajo arriba, é impedir que se introduzca en el espacio lateral del instrumento, da la preferencia á los espéculos de pequeña longitud, de modo que se evite el rechazar el cuello del útero, y permita examinarle lo mas cerca posible. El instrumento que ha hecho construir por Charriere tiene 11 centímetros de largo por 4 de ancho (figura 15).

En la metrorragia aparecen *síntomas generales* muy diversos, segun que la enfermedad lleve mas ó menos tiempo de duracion. Si existe el flujo en una mujer bien constituida y pletórica, y no excede de ciertos límites, aun cuando constituye una verdadera metrorragia, produce á veces un bienestar general, y sobre todo un alivio manifiesto de las incomodidades de la pélvis. Pero si la hemorragia se prolonga, se observan todos los accidentes que mencionaremos al tratar de los flujos uterinos en las mujeres debilitadas, y de las metrorragias que se han designado con el nombre de crónicas.

La abundancia del flujo ejerce necesariamente una gran influencia en la aparicion de los síntomas generales. Si es sumamente considerable, se observan todos los acidentes de las grandes hemorragias, tales como la lipotimia, las horripilaciones, el sudor frio, la imposibilidad de moverse, el pulso pequeño, etc.; pero es muy raro que aparezcan hemorragias uterinas capaces de producir semejantes accidentes fuera de la época del parto. Hay sin embargo, en la metrorragia, lo mismo que en todas las hemorragias, casos en los cuales aparecen los desfallecimientos, el temblor de las extremidades y otros signos de los grandes flujos de sangre, sin que este haya sido muy considerable. Estos fenómenos solo pueden explicarse por el susto

que reciben las enfermas, y esto mismo nos da la razon del porqué aparecen con mucha menos frecuencia en la metrorragia que en las demás afecciones de este género, y sobre todo que en la hemotisis,

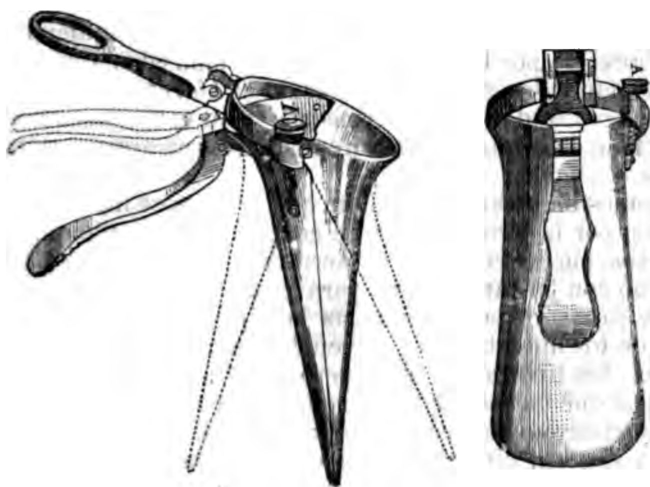


Fig. 15.—Espéculum de Cuzco visto de frente y cerrado, con los mangos doblados para hacerle mas portátil. Figura derecha, el mismo visto lateralmente, cerrado y con los mangos derechos en disposicion de usarle. Las líneas punteadas indican la disposicion de las ramas abiertas. *A*. tornillo que sirve para mantener el espéculum inmóvil en todos grados de separacion de las valvas.

pues como las mujeres están acostumbradas á las pérdidas de sangre por esta via, se asustan difícilmente aun cuando la hemorragia sea bastante considerable.

Acompañan frecuentemente á la metrorragia accidentes nerviosos de otro género, y son los que ya hemos indicado al hablar de la congestion uterina, tal como una irritabilidad á veces muy considerable, ataques de histérico y *trastornos nerviosos* variables. Los autores han citado casos de haber aparecido estos síntomas antes de que las enfermas hubiesen perdido una gran cantidad de sangre; pero se observan expecialmente cuando ya el flujo cuenta cierta duracion y empieza á declararse la anemia.

Un síntoma que por su naturaleza se asemeja á los anteriores, es una *cefalalgia* á veces rebelde y que se fija ordinariamente en el occipucio: por lo comun tambien suele presentarse esta cefalalgia despues de haber durado por cierto tiempo la enfermedad.

Finalmente, la hemorragia prolongada ocasiona los diversos signos de la anemia; las enfermas se ponen pálidas, pierden el color los

labios y la lengua, los ojos adquieren esa trasparencia particular que indica que la sangre se ha vuelto mas serosa, y están rodeados de un círculo oscuro; las mujeres caen en una languidez, pierden el apetito, se trastornan las digestiones, aparecen los síntomas de la *gastralgia* y de la *enteralgia*, hay un enflaquecimiento mas ó menos considerable, la cara presenta cierto grado de abotagamiento, y mas tarde sobreviene por la noche una tumefaccion edematosa de los piés. Se han citado casos de haber aparecido el *hidrotórax* y la *ascitis* en una época avanzada de la enfermedad; pero estos casos son raros y no están bien determinadas las circunstancias en que se verifican estos derrames.

Ya hemos dicho antes de ahora que á veces se interrumpe el flujo sanguíneo por la formacion de un coágulo en el orificio uterino. En estos casos puede continuarse derramando la sangre en la cavidad del órgano con bastante fuerza para producir los síntomas de la *hemorragia interna*, tales como las horripilaciones, el escalofrio, el temblor de los miembros, el frio en las extremidades, el sudor frio, la palidez, las lipotimias, etc.; pero estos fenómenos apenas se observan mas que en los casos de hemorragia uterina despues del parto. En estas circunstancias son de la mayor importancia la *palpacion* y la *percusion* del hipogástrio, pues por ellas se conoce el aumento de volúmen del útero, y á veces hasta las contracciones que verifica este órgano para desembarazarse de la sangre que contiene.

En esta descripcion no hemos incluido los síntomas pertenecientes al cáncer del útero, enfermedad en que se observa con tanta frecuencia la metrorragia, pues pueden consultarse en el artículo destinado á esta afeccion.

§ V.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad presenta particularidades importantes. En las metrorragias idiopáticas, que unos han llamado *activas* y otros *agudas*, se observa que la sangre sale con rapidez, que el flujo llega pronto á su mas alto grado, y que en seguida desaparece para no volver á reproducirse, á no ser que nuevas causas eficientes vengan á ocasionarle. En la menorragia sucede á veces lo mismo, es decir, que en una época menstrual sale la sangre con mas abundancia y durante mas tiempo que de ordinario, luego cesa la hemorragia, y en los períodos siguientes no se observa nada parecido. Otras veces, aun en casos en que no exista una metrorragia idiopática, repite el flujo á intervalos mas ó menos distantes, y de cada vez va dejando á las enfermas mas estenuadas: en cada una de estas nuevas apariciones de la metrorragia pueden presentarse los prodromos que dejamos descritos. Lo mismo sucede en ciertos casos de metrorragia, en que puede reproducirse esta durante mucho tiempo en cada época menstrual, unas veces mas abundantes y otras menos, segun cir-

cunstancias que es imposible indicar de un modo exacto; esto es lo que se observa principalmente en la *clorosis menorrágica*. Por último, no es muy raro ver que la metrorragia idiopática sigue un curso contínuo; pero aun en estos casos no sale la sangre todos los dias con igual abundancia, sino que en unos es muy poco y en otros sumamente considerable: la hemorragia aumenta con expecialidad en las épocas menstruales, y se ha observado que preceden frecuentemente á estas diversas recrudescencias los síntomas de congestion de que hemos hablado repetidas veces.

Cuando la metrorragia es sintomática de un *cáncer del útero*, su curso es igualmente intermitente. Ya hemos dicho antes de ahora que en el mayor número de casos el principio de la afeccion cancerosa se anuncia por un flujo de sangre, y que en seguida todo vuelve á su estado normal hasta que se manifiesta una nueva hemorragia ó aparecen los síntomas del cáncer, tales como el flujo sanguinolento y fétido, dolores, etc., y esta enfermedad sigue el curso que indicaremos mas adelante. A intervalos variables sobrevienen nuevas hemorragias, con la particularidad de que estas hemorragias, lo mismo que en la tísis pulmonar, van siendo cada vez menos abundantes y frecuentes segun que la afeccion orgánica hace mayores progresos, lo cual depende sin duda de la obliteracion de los vasos y del cambio de extructura de los tejidos afectados

Se han citado metrorragias *periódicas* con su tipo comparable al de las fiebres intermitentes. Los hechos de este género mas interesantes y mas auténticos son los que han recogido Picqué (1), Arloin (2) y que Roche cita en su obra (3). En el caso que refiere Picqué, se reproducia la hemorragia todos los dias á las seis de la mañana, y en el de Arloing tenia el tipo de terciana; ambas cedieron al uso de la quina. Los casos de esta expecie son sumamente raros.

Es preciso tener cuidado para no dejarse engañar por una circunstancia de que ya hemos hecho mencion, y considerar siempre como una metrorragia intermitente una hemorragia uterina en la que la sangre no sale constantemente al exterior, pues puede suceder que se forme un coágulo bastante voluminoso que detenga el flujo, sin embargo de que continúe verificándose en la cavidad de la matriz. Practicando el tacto se conoce pronto la causa de esta suspension momentánea, y extrayendo el coágulo se da salida á la sangre que estaba acumulada.

La *duracion* de la hemorragia uterina es de las mas variables. Las metrorragias á que se da el nombre de *agudas* solo duran algunos dias, y las *crónicas* pueden prolongarse por mucho tiempo con las intermitencias ya completas, ya incompletas que hemos indicado

(1) Picqué, *Journal de médecine*, 1774.
(2) Arloing, *Journ. gén. de méd.* Paris, 1816.
(3) Roche, Sanson et Lenoir, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 4.ª édition. Paris, 1844, t. II, p. 48.

labios y la lengua, los ojos adquieren esa trasparencia particular que indica que la sangre se ha vuelto mas serosa, y están rodeados de un círculo oscuro; las mujeres caen en una languidez, pierden el apetito, se trastornan las digestiones, aparecen los síntomas de la *gastralgia* y de la *enteralgia*, hay un enflaquecimiento mas ó menos considerable, la cara presenta cierto grado de abotagamiento, y mas tarde sobreviene por la noche una tumefaccion edematosa de los piés. Se han citado casos de haber aparecido el *hidrotórax* y la *ascitis* en una época avanzada de la enfermedad; pero estos casos son raros y no están bien determinadas las circunstancias en que se verifican estos derrames.

Ya hemos dicho antes de ahora que á veces se interrumpe el flujo sanguíneo por la formacion de un coágulo en el orificio uterino. En estos casos puede continuarse derramando la sangre en la cavidad del órgano con bastante fuerza para producir los síntomas de la *hemorragia interna*, tales como las horripilaciones, el escalofrio, el temblor de los miembros, el frio en las extremidades, el sudor frio, la palidez, las lipotimias, etc.; pero estos fenómenos apenas se observan mas que en los casos de hemorragia uterina despues del parto. En estas circunstancias son de la mayor importancia la *palpacion* y la *percusion* del hipogástrio, pues por ellas se conoce el aumento de volúmen del útero, y á veces hasta las contracciones que verifica este órgano para desembarazarse de la sangre que contiene.

En esta descripcion no hemos incluido los síntomas pertenecientes al cáncer del útero, enfermedad en que se observa con tanta frecuencia la metrorragia, pues pueden consultarse en el artículo destinado á esta afeccion.

§ V.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad presenta particularidades importantes. En las metrorragias idiopáticas, que unos han llamado *activas* y otros *agudas*, se observa que la sangre sale con rapidez, que el flujo llega pronto á su mas alto grado, y que en seguida desaparece para no volver á reproducirse, á no ser que nuevas causas eficientes vengan á ocasionarle. En la menorragia sucede á veces lo mismo, es decir, que en una época menstrual sale la sangre con mas abundancia y durante mas tiempo que de ordinario, luego cesa la hemorragia, y en los períodos siguientes no se observa nada parecido. Otras veces, aun en casos en que no exista una metrorragia idiopática, repite el flujo á intervalos mas ó menos distantes, y de cada vez va dejando á las enfermas mas estenuadas: en cada una de estas nuevas apariciones de la metrorragia pueden presentarse los prodromos que dejamos descritos. Lo mismo sucede en ciertos casos de metrorragia, en que puede reproducirse esta durante mucho tiempo en cada época menstrual, unas veces mas abundantes y otras menos, segun cir-

cunstancias que es imposible indicar de un modo exacto; esto es lo que se observa principalmente en la *clorosis menorrágica*. Por último, no es muy raro ver que la metrorragia idiopática sigue un curso contínuo; pero aun en estos casos no sale la sangre todos los dias con igual abundancia, sino que en unos es muy poco y en otros sumamente considerable: la hemorragia aumenta con expecialidad en las épocas menstruales, y se ha observado que preceden frecuentemente á estas diversas recrudescencias los síntomas de congestion de que hemos hablado repetidas veces.

Cuando la metrorragia es sintomática de un *cáncer del útero*, su curso es igualmente intermitente. Ya hemos dicho antes de ahora que en el mayor número de casos el principio de la afeccion cancerosa se anuncia por un flujo de sangre, y que en seguida todo vuelve á su estado normal hasta que se manifiesta una nueva hemorragia ó aparecen los síntomas del cáncer, tales como el flujo sanguinolento y fétido, dolores, etc., y esta enfermedad sigue el curso que indicaremos mas adelante. A intervalos variables sobrevienen nuevas hemorragias, con la particularidad de que estas hemorragias, lo mismo que en la tísis pulmonar, van siendo cada vez menos abundantes y frecuentes segun que la afeccion orgánica hace mayores progresos, lo cual depende sin duda de la obliteracion de los vasos y del cambio de extructura de los tejidos afectados

Se han citado metrorragias *periódicas* con su tipo comparable al de las fiebres intermitentes. Los hechos de este género mas interesantes y mas auténticos son los que han recogido Picqué (1), Arloin (2) y que Roche cita en su obra (3). En el caso que refiere Picqué, se reproducia la hemorragia todos los dias á las seis de la mañana, y en el de Arloing tenia el tipo de terciana; ambas cedieron al uso de la quina. Los casos de esta expecie son sumamente raros.

Es preciso tener cuidado para no dejarse engañar por una circunstancia de que ya hemos hecho mencion, y considerar siempre como una metrorragia intermitente una hemorragia uterina en la que la sangre no sale constantemente al exterior, pues puede suceder que se forme un coágulo bastante voluminoso que detenga el flujo, sin embargo de que continúe verificándose en la cavidad de la matriz. Practicando el tacto se conoce pronto la causa de esta suspension momentánea, y extrayendo el coágulo se da salida á la sangre que estaba acumulada.

La *duracion* de la hemorragia uterina es de las mas variables. Las metrorragias á que se da el nombre de *agudas* solo duran algunos dias, y las *crónicas* pueden prolongarse por mucho tiempo con las intermitencias ya completas, ya incompletas que hemos indicado

(1) Picqué, *Journal de médecine*, 1774.
(2) Arloing, *Journ. gén. de méd.* Paris, 1816.
(3) Roche, Sanson et Lenoir, *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 4.ª édition. Paris, 1844, t. II, p. 48.

antes de ahora. La metrorragia puede existir de tal modo que solo haya un intervalo de siete á ocho dias entre cada época menstrual, pero se han observado variedades respecto á esto sumamente numerosas.

Gendrin ha notado que no hay un solo ejemplo auténtico de metrorragia idiopática que haya *terminado* por la muerte; sin embargo, Requin ha visto sucumbir una jóven clorótica á consecuencia de metrorragias abundantes que no dependian de una lesion orgánica. No por esto es menos exacta la proposicion de Gendrin considerada de un modo general. En los casos de metrorragia sintomática de una lesion orgánica, el flujo de sangre puede acelerar la terminacion funesta debilitando considerablemente á la enferma, y tambien en casos de este género se han observado hemorragias fulminantes. Cuando las enfermas no usan un tratamiento apropiado, cuando cometen excesos y excitan con frecuencia las partes genitales, no es raro observar que la metrorragia, que empezó de una manera aguda, siga luego un curso crónico.

Segun algunos autores, cuando la hemorragia se prolonga, llega á producir una enfermedad crónica sumamente grave, es decir, el cáncer del útero. Al hablar de esta última afeccion discutiremos detenidamente esta cuestion importante, limitándonos por ahora á decir, que resulta del exámen atento de los hechos, que en los casos en que se ha observado el cáncer hubiera podido reconocerse su existencia por medio de una exploracion metódica desde que ha aparecido la primera hemorragia uterina, y que si algunas veces pueden quedar dudas acerca de este punto, basta á disiparlas lo que observamos en los cánceres de otros órganos, pues jamás se ha visto que una hemorragia del estómago, de los intestinos ni del pulmon, por mucho que se haya prolongado, llegase á producir un cáncer, al paso que se sabe que esta lesion orgánica puede dar orígen desde su principio á flujos sumamente graves.

Pero algunos anatómicopatólogos han llegado á decir que algunos coágulos detenidos en los senos uterinos ó procedentes de la sangre estravasada, pueden organizarse primero y despues trasformarse en cáncer, cuestion que tambien discutiremos en el artículo CÁNCER.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Se ha hallado el tejido del útero esponjoso, blando, empapado en sangre y á veces hasta negruzco, friable, pulposo, y semejante, segun la expresion de Duparcque, á un brazo ingurgitado y reblandecido. Pero debemos advertir que en las descripciones que han hecho los autores se refieren á metrorragias de muy diversa naturaleza, y que no se han distinguido bastante bien los casos. Algunos se han fijado principalmente en la metrorragia que sobreviene despues del

parto. En cuanto á los casos en que la hemorragia es sintomática del cáncer, se encuentran además de los signos de la ingurgitacion sanguínea las lesiones propias de esta enfermedad (véase CÁNCER DEL ÚTERO). En los casos de epistaxis uterinas ha podido observar Gubler (1) cuando sobrevienen al principio de las pirexias ó de flegmasías, unas veces los ovarios exentos de toda funcion de ovulacion, otras veces hemorragias recientes en una vexícula antigua ó degenerada, otras veces un cuerpo amarillo avanzado en su evolucion y característico de la rotura de una vexícula de Graaf, mucho anterior á la última exhalacion sanguínea. En estas investigaciones necroscópicas se funda en gran parte la distincion de las verdaderas reglas y de las metrorragias (epistaxis uterinas) que pueden simular al principio de las fiebres y de las flegmasías.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

Cuando aparece la hemorragia fuera de la época de las reglas, ó bastante tiempo despues de haber cesado completamente estas, no cabe duda de que existe una metrorragia. Pero, por el contrario, suele ser difícil decir si durante los períodos menstruales permanece el flujo sanguíneo en los límites fisiológicos, ó se le debe considerar como una metrorragia. En efecto, sucede con bastante frecuencia que las mujeres notan que sus reglas se prolongan uno, dos ó tres dias mas de lo ordinario, sin que consideren á esta prolongacion como morbosa. ¿Dónde empezará, pues, el estado patológico? Grisolle quiere que solo se atienda á la influencia que ejerce la hemorragia sobre las funciones principales. Este es un medio de diagnóstico que no deja de tener valor, pero cuya importancia es preciso no exagerar. En efecto, no es raro observar mujeres que tienen pérdidas uterinas medianamente abundantes por espacio de diez y aun quince dias, sin experimentar en su salud trastornos notables. ¿Hemos de considerar á estas hemorragias como enteramente fisiológicas, aun cuando sepamos que la menstruacion solo dura habitualmente en estas mujeres tres, cuatro ó cinco dias? Creemos que es necesario atender á la vez á la abundancia de la sangre que sale, á la duracion de la hemorragia, y á los efectos que esta produce en la economía, y que de este modo es imposible que no llegue á formarse un diagnóstico exacto, acerca del cual seria inútil decir mas.

Pero hay otro diagnóstico mucho mas importante, y es el que consiste en determinar las *condiciones orgánicas* en que se verifica la hemorragia. Si solo aparece en los períodos menstruales, si no es muy abundante, y si luego que ha cesado no se observa ningun síntoma en el útero, se puede presumir que la enfermedad es una simple metrorragia esencial. Si, por el contrario, sobreviene fuera de la

(1) Gubler, *loc. cit.*, p. 188.

época de las reglas, sobre todo cuando las mujeres se hallan en su edad crítica, y con mayor motivo si ya hace algun tiempo que la han pasado, y si despues de la hemorragia queda una sensacion de peso en la pélvis, un flujo amarillo ó rojizo, enflaquecimiento y debilidad, se debe suponer que existe una afeccion orgánica. Entonces el exámen por el tacto y por medio del espéculum vendrán á disipar las dudas que todavía pudieran quedar.

La expecie de hemorragia uterina mas difícil de diagnosticar con exactitud es la que se *halla complicada con la clorosis*, y acerca de la cual ha llamado expecialmente Trousseau la atencion de los médicos. En estos hay palidez de la cara, palpitaciones, dolores, y en una palabra, los síntomas de la clorosis, aun cuando las reglas sean muy abundantes. Pero ya sabemos cuán parecidos son á la clorosis los signos de la anemia consecutiva á las pérdidas de sangre, hasta el punto de que muchos médicos no distinguen estos dos estados morbosos (véanse los artículos CLOROSIS y ANEMIA), de modo que será preciso establecer principalmente este diagnóstico por los datos que suministre la enferma. Si el estado de languidez y de debilidad, la palidez, las palpitaciones, etc., han precedido á los ménstruos abundantes, no quedará duda de que la afeccion es una metrorragia clorótica. Si el estado general ha coincidido con la primera aparicion de las reglas abundantes, el caso es ya mas difícil, y entonces lo mismo que cuando no se hayan manifestado los signos de clorosis, ni antes de aparecer la enfermedad, ni en los principios de esta, habrá que someter á la influencia del tratamiento la resolucion de este problema difícil.

Pronóstico.—Al ocuparnos de la terminacion hemos dicho ya lo mas importante relativamente al pronóstico, y ahora acabamos de agregar algunas nuevas consideraciones al estudiar el diagnóstico. Solo, pues, añadiremos aquí que Lisfranc considera á la metrorragia como una causa de esterilidad, la cual dista mucho de ser inadmisible; pero requiere que se confirme por nuevas observaciones.

El diagnóstico de las metrorragias, que á veces se presentan en la invasion de las fiebres y flegmasías, es tanto mas importante cuanto que pueden simular las reglas. Los caractéres distintivos que, segun Gubler, pueden investigarse en tales casos, son: «la brevedad excesiva del intervalo que separa la presunta menstruacion con la última época catamenial regular, espacio corto que no puede hacer creer en tan rápida maduracion de un óvulo; la aparicion de flujos sanguíneos en mujeres no menstruadas, ya sea en virtud de la idiosincrasia, ya se encuentren dentro de uno de los períodos del círculo funcional de la reproduccion; embarazo ó lactancia; la ausencia de los síntomas precursores ó concomitantes de la menstruacion, propiamente dicha, la vuelta precisa de la menstruacion durante la enfermedad ó la convalecencia, en época correspondiente á la última época menstrual verdadera.»

En cuanto al pronóstico, «carece generalmente de interés, pues que la metrorragia sintomática rara vez es alarmante y no impide la regular presentacion de las reglas aun antes de la cesacion de los fenómenos morbosos. El arte no debe intervenir sino cuando la cantidad de sangre es tanta que haga temer una complicacion (1).»

§ VIII.—Tratamiento.

Para exponer de un modo conveniente el *tratamiento* de la metrorragia, es preciso admitir necesariamente tres categorías. En la primera colocaremos las *hemorragias bastante abundantes para poner la vida en peligro*; en la segunda hablaremos de las que se han llamado *activas* ó *agudas*, y en las cuales se observa principalmente la *congestion del útero*, y finalmente, en la última nos ocuparemos de la metrorragia llamada *crónica*. A estas tres clases principales referiremos todas las demás distinciones que antes de ahora hemos establecido.

1.° *Metrorragia bastante abundante para poner la vida en peligro.*—Es muy raro, como ya hemos dicho repetidas veces, que no siendo durante el parto, aparezca una hemorragia bastante abundante para poner la vida en peligro, y apenas hay motivo para temer semejante accidente como no sea en las condiciones en que se observan las *hemorragias constitucionales*; sin embargo, como se han citado algunos casos de este género, conviene indicar lo que se debe hacer en semejantes circunstancias.

Emisiones sanguineas.—Cuando la hemorragia ha sido copiosa, difícilmente podremos decidirnos á sacar todavía una cantidad mayor ó menor de sangre á las enfermas ya anémicas; de modo que solo podrá hacerse uso de este medio al principio de esas hemorragias que se anuncian con mucha violencia, y en las cuales el exámen del útero da á conocer una ingurgitacion sanguínea muy considerable.

Desde muy antiguo se ha practicado la *sangría general* en la metrorragia, y aun hoy la aconsejan la mayor parte de los autores, pero no todos están conformes en el modo con que debe hacerse. Unos quieren que se extraiga rápidamente una gran cantidad de sangre de la vena, de modo que las enfermas caigan en un estado de debilidad, medio que ha tenido buen éxito en algunos casos, pero que es preciso no establecerle como regla general. Si la mujer es robusta y pletórica, puede seguirse esta práctica, pero arreglándose siempre á la cantidad de sangre que haya perdido. Lázaro Riverio (2) recomienda, segun Hollerius (3), que se hagan sangrías abundantes, pero sacando la sangre á *chorros interrumpidos*, lo cual se efectúa poniendo el dedo sobre la abertura de la vena y quitándole alternativamente; la

(1) Ad. Gubler, *loc. cit.*, p. 188.
(2) Lazare Rivière, *Praxis medicæ*, lib. XV, cap. III: *De flux. mens. immod.*
(3) Hollerius, *Comment.*, aphor. 50, sect. V.

experiencia no nos ha demostrado nada acerca de la eficacia de este procedimiento. Por último, otros médicos prefieren hacer una sangría muy corta y repetirla con pequeños intervalos, ya volviendo á abrir la vena, ó ya practicando una nueva cisura; pero este método se usa mas comunmente cuando la abundancia de sangre no es excesiva, y la enfermedad lleva ya muchos dias de duracion.

Cuando se observan signos de congestion uterina intensa, se aconseja aplicar un número mayor ó menor de *sanguijuelas* al hipogástrio, á las íngles ó á los lomos, y en las mismas circunstancias se disponen *ventosas escarificadas* á los mismos puntos.

¿Qué valor tienen las emisiones sanguíneas en el tratamiento de la metrorragia de que nos estamos ocupando? Es muy difícil decirlo con exactitud, pues los médicos han seguido siempre en esto el uso tradicional sin buscar en la análisis de los hechos la verdadera influencia del medio que empleaban. Todo cuanto podemos decir es que apenas hay agente terapéutico que haya sido mas elogiado.

Ventosas secas.—Un medio que se parece mucho al anterior son las *ventosas secas*, y todo el mundo conoce el aforismo en que Hipócrates (1) aconseja su uso. Este autor quiere que se apliquen en las mamas, y en efecto, la simpatía bien evidente que existe entre el útero y estos órganos es un motivo para obrar así; pero si el caso lo exige, deben multiplicarse estas ventosas y ponerlas en la parte anterior del pecho, en los hipocondrios, etc. En estos últimos tiempos se han citado hechos de haber contenido hemorragias bastante alarmantes con las *ventosas de Junot*, aplicándolas á los brazos. Varios instrumentos se han preconizado para hacer mas fácil la aplicacion de las ventosas, y mas rápido el objeto que se propone. El pequeño aparato construido por Capron es de uso muy cómodo; se compone de una bola hueca de caoutchouc provista de dos válvulas, una aspirante y otra impelente; esta bola se adapta á un vaso de ventosa provisto de una llave (fig. 16). Cuando se quiere usar el aparato, se coge la bola con toda la mano, y se aplica la ventosa sobre los tegumentos. La elasticidad del caoutchouc permite, una vez soltada la bola, que adquie-



Fig. 16.
Ventosa de succion continua.

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, traduites par Littré, t. III, *Aphorismes*, sect. v, aphor. 50.

ra su capacidad primitiva, y por lo tanto se produce el vacío en el vaso. La disposicion de las válvulas es tal, que no hay necesidad de retirar la ventosa para hacer de nuevo el vacío; la válvula inferior cierra la ventosa, y la superior permite la salida del aire al comprimir la bola; de modo que puede comprimirse la bola muchas veces seguidas, produciendo un vacío tan perfecto cuanto sea posible.

Ligadura de los miembros.—Muy rara vez se practica en la actualidad la ligadura de los miembros, á que antes de ahora se recurria con mucha frecuencia, como puede verse en la obra de Riverio; pero este medio, que solo debe usarse en los casos en que el flujo ha sido sumamente abundante, apenas tiene aplicacion mas que en la metrorragia puerperal de que no nos corresponde ocuparnos aquí.

Compresion de la aorta.—La misma reflexion es aplicable á la compresion de la aorta, que ha dado buenos resultados en casos graves. Se ha usado tambien en las hemorragias consecutivas al parto, y ya se concibe las dificultades que habria para ejercerla en otras circunstancias.

Revulsivos.—Se emplean tambien los revulsivos con el objeto de desviar de la matriz la fluxion sanguínea. A este efecto se prescriben *fricciones irritantes* al dorso, á los lomos, á los hombros y á la parte anterior del pecho, para lo cual se puede usar un *linimento amoniacal*, por ejemplo, el siguiente:

R. Amoniaco líquido..... 5 gram. | Aceite comun............. 30 gram.

Mézclese.

O bien el linimento siguiente:

R. Aceite comun....... 30 gram. | Aceite crotentiglio.......... 2 gram.

Mézclese.

A los mismos puntos y con el mismo objeto se aplican *vejigatorios* ó *sinapismos*, pero hay que hacer una advertencia acerca de este punto. La utilidad verdadera de estos medios dista mucho de estar bien demostrada, y por otra parte, ya hemos dicho antes de ahora, que las mujeres pueden hallarse en un estado de excitacion suma; no creemos, pues, que nos hallemos autorizados, atendida la eficacia hipotética de estos medios, á usarlos en tales circunstancias, á lo menos en los casos graves de que nos estamos ocupando, á riesgo de aumentar mucho este estado de excitacion nerviosa en que se hallan las enfermas.

Los *maniluvios sinapizados*, en que muchos médicos tienen gran confianza, obran del mismo modo que los medios que acabamos de indicar.

Aplicacion del frio.—La aplicacion del frio es uno de los medios mas poderosos que pueden dirigirse contra las grandes hemorragias uterinas, y en todos tiempos se ha empleado para combatir estos flu-

jos, lo mismo que los que proceden de otros órganos: tenemos varios puntos por los cuales podemos hacer obrar el frio sobre la matriz. Al hipogástrio se aplican compresas empapadas en agua de pozo ó helada, que se renuevan con frecuencia, ó mejor aun hielo metido en una vejiga. Por la vagina se hacen llegar al cuello uterino inyecciones de agua fria, y finalmente se emplean lavativas frias, cuyo último medio no debe omitirse, porque llenando el recto de un líquido frio, se obra sobre el cuerpo del útero á la menor distancia posible. Conviene encargar á la enferma que conserve la lavativa por algunos minutos, y repetirla despues que la arroje, si el caso lo exige. En cuanto á las inyecciones, dice Gendrin y con razon, que es el modo como menos obra el frio, porque en primer lugar la superficie á que se aplica es la menos considerable, y luego la temperatura del líquido se eleva al momento que se mezcla con la sangre.

Al aplicar el frio no se debe olvidar la relacion de las mamas con el útero, que hemos recordado al hablar del uso de las ventosas, y al mismo tiempo que se hacen las aplicaciones á la matriz se recurre á los medios anteriormente indicados para atraer la sangre hácia las mamas. Sin embargo, algunos autores dicen que han visto contener una hemorragia á beneficio de la aplicacion *repentina* del hielo á los pechos, á consecuencia del extremecimiento general que ocasiona la sustraccion inmediata del calórico en estos órganos sensibles.

Las *afusiones frias* y la *inmersion en un baño frio* solo se usan en los casos graves y cuando el peligro es inminente, y debe medirse su accion por el estado de las fuerzas de la enferma. En los casos de gran debilidad se empieza por una ó dos afusiones, en seguida se pasa á la inmersion mas ó menos repetida, y por último, si las fuerzas lo permiten, se deja á la enferma en el *baño frio* por espacio de cinco, diez ó quince minutos, pues seria una imprudencia el hacerlos mas largos.

Tópicos, astringentes y estípticos.—Para las aplicaciones al hipogástrio, y hasta para las inyecciones en el recto, basta el agua fria ó la nieve, pues los tópicos estípticos y astringentes no ejercerian bastante accion por esta via indirecta, y así es que en la actualidad casi se apela exclusivamente á estos líquidos para las inyecciones que se hacen por la vagina. No obstante, los autores de los últimos siglos han usado mucho de estos tópicos aplicándolos al hipogástrio ó al perineo; pero nos contentarémos, por las razones que acabamos de dar, con indicar los siguientes que aconseja Riverio. Este autor recomienda que primeramente se hagan fomentos con el líquido siguiente:

R.	Raíz de bistorta......... .... Raíz de tormentila..................... Cáscara de granada......................	aa. 15 gramos.
	Hojas de llanten .... Hojas de centidonia..................... Hojas de tlaspi......................... Hojas de cola de caballo	aa. un puñado.
	Nuez de ciprés..........................	30 gramos.

Cuézanse en

Agua de hierro y vino tinto............. 500 gramos.

Para fomentos frecuentes al hipogástrio.

Riverio recomienda tambien que se aplique al púbis una *esponja cocida en vinagre*, y diversos ungüentos y linimentos, que todos excitan la piel con mas ó menos intensidad.

En la actualidad se limitan los médicos, como ya hemos dicho antes de ahora, á prescribir inyecciones repetidas varias veces al dia con líquidos estípticos ó astringentes, como por ejemplo, los siguientes:

R. Agua de cebada.... 500 gramos. | Vinagre.......... 100 á 150 gramos.

Mézclese.

O bien:

R. Agua de Rabel... 100 gramos. | Agua comun........... 500 gramos.

O la siguiente:

R. Extracto de Saturno. 10 gramos. | Agua de rosas......... 1000 gramos.
Vinagre destilado... 250 gramos. |

Fórmula de Berends.

R. Sulfato de hierro.. 4 á 8 gramos. | Mucílago de goma arábiga. 4 gramos.
Agua de salvia... 250 gramos. |

Mézclese.

Fácil nos seria multiplicar estas fórmulas, pero sin ninguna utilidad, porque nada prueba que entre estas diversas inyecciones haya alguna que goce de una virtud expecial, de modo que lo mismo que las demás del mismo género *(alumbre, sulfato de zinc, nuez de agallas, tanino, etc.)*, solo debe atenderse para prescribirlas á su grado mayor ó menor de accion, á fin de proporcionarla á la intensidad de la afeccion, apreciacion que corresponde enteramente al práctico.

Taponamiento.—Es sumamente raro, como ya hemos dicho muchas veces, que la metrorragia no puerperal sea bastante grave para

exigir la mayor parte de los medios que acabamos de indicar, y con mayor razon se debe suponer que habrá menos ocasiones de emplear el taponamiento, que solo es necesario en los casos extremos, por lo que describiremos esta operacion sumamente sencilla, que requiere un poco de cuidado. En el artículo *Epistáxis* (1) se hallará la indicacion de los diversos líquidos con que se puede ayudar el taponamiento en los casos en que se crea oportuno.

El doctor Gariel ha inventado un procedimiento expecial de taponamiento, que Diday ha usado con buen éxito. El instrumento del doctor Gariel es sumamente simple. Se hace de goma elástica volcanizada, representa una vejiga pequeña que termina en un tubo largo. «Esta vejiga, vacía y arrollada sobre sí misma, tiene un grueso y una longitud mucho menores que los del dedo pequeño (figura 17). Despues de haberla untado con grasa, la introduje, conducida por el índice, á toda la profundidad posible en la vagina, y en seguida, manteniéndola siempre fija por medio del dedo, soplé con la boca aplicada al tubo que habia quedado fuera. Por este medio he dado á la vejiga una dilatacion que ya habia calculado de antemano por una insuflacion preliminar, y este pequeño instrumento, que habia podido penetrar casi desapercibido, tomó instantáneamente una ampliacion tal, que formaba una esfera de unos 33 centímetros de diámetro. Para retener el aire no he tenido mas que atar con hilo la extremidad del tubo.»



Fig. 17.—Pelota para el taponamiento de Gariel.—El punteado indica el desarrollo que las insuflaciones pueden dar á la extremidad oval ó piriforme de la sonda.

A estos medios externos se asocian otros que obran interiormente; pero como son los mismos en los casos graves de que acabamos de hablar, que en aquellos de que vamos á ocuparnos, aplazamos su indicacion para un poco mas adelante.

En el mayor número de casos, la hemorragia que se ha llamado *activa* ó *aguda*, y que sobreviene fuera de la época del parto, es moderada y no amenaza la vida de la enferma. Mas puede tener resultados muy fatales si no se la trata convenientemente; porque ya hemos visto que puede persistir, hacerse crónica y sumergir á las mujeres en un estado de debilidad y de anemia.

Sangrías.—Se recurrirá por lo general con preferencia á las *pequeñas sangrías revulsivas* de 80 á 100 gramos, repetidas con mas ó menos frecuencia. Tambien se aplican *sanguijuelas*, como en el caso precedente, cuando hay una congestion uterina, y algunas veces nos vemos obligados á repetirlas con frecuencia, porque la metrorragia

(1) Artículo EPISTÁXIS, t. II, p. 282.

de que tratamos no es por lo comun contínua, sino que vuelve por intervalos variables, y siempre, á lo menos en la mayor parte de las enfermas, con un estado de congestion notable.

En estas metrorragias moderadas es mucho menos importante contener la sangre por medios activos. Hay tambien casos en que, así como en todas las hemorragias, se debe respetar el flujo de sangre, y esto sucede cuando despues de presentarse todos los signos de una congestion violenta, si se efectúa la hemorragia, los síntomas se alivian ó cesan completamente. En efecto, no es raro ver entonces que al cabo de cierto tiempo se detiene expontáneamente la sangre, y lejos de ser perjudicial la hemorragia ha sido saludable, haciendo cesar la ingurgitacion del útero y el estado pletórico general. Las mismas reflexiones se aplican á las *hemorragias uterinas críticas* señaladas por la mayor parte de los autores. Unicamente diré respecto de esta expecie de metrorragia, que los hechos citados por los autores están muy distantes de demostrar claramente su existencia, y que ninguna cosa prueba que no hayan sido engañados por simples coincidencias. Por lo tanto es necesario que se hagan nuevas investigaciones sobre este punto.

Cuando esta hemorragia se prolonga de tal modo que no se puede creer que sea útil la pérdida de sangre, ¿conviene apresurarse á emplear medios mas activos para contenerla? La experiencia diaria prueba que no es menester, y que un tratamiento bien sencillo triunfa en casi todos los casos de la metrorragia. Gendrin ha dado á esta medicacion el nombre de *método espectante*, aunque no le merece del todo, puesto que pone en uso algunos medios cuya eficacia es incontestable.

Si no existe nada que haga temer la pérdida de sangre sea perjudicial al organismo, si la mujer es bastante fuerte, si no hay congestion uterina ó es muy poca, es necesario limitarse á prescribir una *quietud absoluta* en la *posicion horizontal*, estando la pélvis un poco mas elevada que el tronco, si las enfermas pueden soportar esta posicion. La habitacion deberá estar bien ventilada, y su temperatura poco elevada. La enferma estará poco abrigada, y se la evitarán en lo posible todos los grandes movimientos, y particularmente los esfuerzos para defecar, prescribiendo con este fin los *laxantes ligeros*, las lavativas emolientes, oleosas, etc. Se cuidará de que no se halle la circulacion entorpecida por vestidos demasiado apretados, y se alejará de la enferma todo lo que pueda producir una emocion moral algo fuerte de cualquier naturaleza que sea.

Para completar esta medicacion basta recomendar un *régimen* muy ténue y suave, prescribir *bebidas frias* y expecialmente *heladas*, los *alimentos* tambien *frios* y en pequeña cantidad de cada vez, y por último algunas lociones de agua fria en el abdómen, si no disminuye prontamente el flujo de sangre bajo la influencia de los medios que acabo de indicar.

A pesar de hacer uso de esta medicacion, se ve con bastante frecuencia que persiste la metrorragia, y un flujo de sangre demasiado prolongado puede tener grandes inconvenientes en algunas mujeres muy nerviosas y muy debilitadas: entonces es necesario recurrir á medios mas activos, que todos se emplean en la metrorragia de curso crónico, y que por esta razon los expondré en el tratamiento de esta expecie.

3.° Sea que la metrorragia se haya presentado desde su principio bajo la forma crónica, ó que despues de haber habido signos de plétora, de congestion y de reaccion, las mujeres debilitadas por la pérdida de sangre hayan enflaquecido, se pongan pálidas y no arrojen ya sino una sangre descolorida y casi serosa, siempre son los mismos los medios que se deben usar.

En semejante caso no hay que recurrir á las emisiones sanguíneas, y si un infarto permanente del útero exige que se apliquen algunas *sanguijuelas*, no se deben poner estas sino en corto número, y dejarlas correr muy poco tiempo, porque una excesiva pérdida de sangre aumentaria mucho la debilidad y la anemia, y acaso sin remediar la congestion uterina.

Medicacion interna.—Se han prescrito un considerable número de medicamentos en la metrorragia, entre los cuales hay muchos que se han usado en todas las hemorragias; por lo cual me limitaré á indicar los principales.

Acidos.—Casi todos los prácticos han usado los ácidos, expecialmente los *minerales*. Mialhe (1) nos ha dado la explicacion de esta virtud antihemorrágica propia de los ácidos minerales, y que la experiencia habia ya dado á conocer sin que se pudiese saber en qué consistia. Estos ácidos son coagulantes del suero de la sangre, al paso que los ácidos vegetales diluidos en agua, tal como se toman interiormente, son fluidificantes.

De todos los ácidos, el *ácido sulfúrico* es el que mas frecuentemente se usa, y se le puede dar en forma de limonada del modo siguiente:

Limonada sulfúrica.

R. Acido sulfúrico á 66°..... 5 gram. | Agua.................... 1500 gram.

Se toma á vasos, añadiendo á cada uno de ellos

Jarabe de goma....................... 30 gram.

Agítese con cuidado la mezcla cada vez que se haya de usar, porque el ácido, como es mas pesado, se va al fondo, y las últimas dósis pudieran ser demasiado fuertes.

Si la enferma repugnase tomar gran cantidad de líquido se pres-

(1) Mialhe, *Art. de formuler*, p. 30 et suiv.

cribirá el *julepe antihemorrágico*, tal como le he indicado en el artículo EPISTÁXIS, el cual se compone de lo siguiente:

R. Acido sulfúrico......... 10 gram.	Jarabe de altea............. 100 gram.
Mucílago de goma arábiga 500 gram.	

Mézclese. Se toma á cucharadas.

De la misma manera se pueden usar los ácidos *nítrico* é *hidroclórico*, pero no se debe considerar al *ácido fosfórico hidratado*, con algunos prácticos, como dotado de la misma propiedad; porque resulta de las investigaciones de Mialhe que esta sustancia tiene, por el contrario, una propiedad fluidificante. Por esta razon se debe creer que en los hechos citados por ciertos autores, como Lundeberg, Meisner y Burdach, que han escrito este ácido, habia alguna circunstancia particular y desconocida que ha favorecido la curacion de la metrorragia á pesar de este medicamento.

Estípticos y astringentes.—El *alumbres* uno de los medicamentos que se emplean mas generalmente, sobre todo en las mujeres débiles, linfáticas y debilitadas.

Fórmula de John.

R. Alumbre. .... 4 gram.	Opio................... 20 centígram.
Canela................ 1,25 gram.	

Mézclese, pulverícese y divídase en cuatro papeles. Se da un papel cada cuatro horas.

Estos polvos se asemejan mucho por su composicion á la pocion que Plenck recomendaba tanto en los casos de que se trata, la cual es como sigue:

R. Agua de menta........ 120 gram.	Alumbre................ 1,25 gram.
Tintura de canela....... 30 gram.	Jarabe de diacodion....... 30 gram.

Mézclese. Se toman dos cucharadas, primero de hora en hora, y despues cada dos horas.

Igualmente se ha dado al interior el *acetato de plomo* en las mismas circunstancias, y se prescribe en píldoras de la manera siguiente:

R. Acetato de plomo..... } aa 4 gram.	Jarabe simple............... C. S.
Malvabisco en polvo... }	

Háganse cuarenta píldoras. Se toman de 4 á 5 al dia.

Tambien se ha usado el *tanino* y con buen éxito, principalmente en estos últimos tiempos, y se ha recomendado con eficacia la pocion siguiente:

R. Tanino.............. 1,50 gram.	Jarabe de azafran preparado
Agua destilada de ajenjos................ 150 gram.	con vino de Málaga...... 30 gram.

Se dan de tres á seis cucharadas al dia.

J. F. Larcher (1) administra el tanino en la siguiente pocion y casi constantemente con rápido éxito:

R. Agua destilada de llanten................. 129 gram.	Tanino..................... 1 gram.
	Jarabe de corteza de naranja. 30 gram.

Para tomar una cucharada grande cada hora.

La *corteza de encina* ha sido recomendada por Porta, que fija la dósis á 2 1/2 gramos. Pero segun Trousseau, esta dósis es demasiado pequeña, y se deberia aumentar una tercera parte, y mas progresivamente, para obtener una verdadera accion terapéutica.

La *nuez de agalla* tiene propiedades análogas igualmente que el *catecú* y los demás astringentes vegetales, de los que no debemos ocuparnos mas tiempo.

La *ratania* debe prescribirse en extracto. Esta sustancia entra en un gran número de *pociones*, á las que se ha dado el nombre de hemostáticas:

Pocion hemostática de Clarus.

R. Digital.............. 2 gram. | Agua hirviendo............ C. S.

Para obtener 180 gramos de infusion despues de colada.

Añádase

Extracto de ratania........................ 2 á 5 gram.

Se da una cucharada cada tres horas.

Pocion hemostática de Hildenbrand.

R. Extracto de ratania..... 4 gram.	Elixir ácido aromático.......... 2 gram.
Agua de manzanilla.... 180 gram.	

Mézclese. Se toman dos cucharadas cada dos horas.

Se ha asociado el extracto de ratania al alumbre, al ácido sulfúrico, al tanino, al catecú y á otras diversas sustancias antihemorrágicas, y será fácil hacer semejantes fórmulas. Yo por mi parte añadiré que á las personas muy jóvenes se puede dar esta sustancia en jarabe, que se prepara de la manera siguiente:

R. Extracto de ratania. 15 gram. | Agua.................. 120 gram.

Se añade á la solucion 500 gramos de jarabe de azúcar hirviendo, reducido á una cuarta parte por la coccion.

(1) J. F. Larcher, *Notes manuscrites de médecine pratique.*

La *monesia* tiene las mismas propiedades que la ratania, y aunque haya sido muy elogiada por Derosne, Henry y Payen (1), no parece, segun los experimentos hechos por otros prácticos, que tenga ninguna virtud expecial. Así como la ratania se la administra comunmente bajo la forma de extracto y de jarabe.

Bonjean (de Chambéry) prepara grajeas de *ergotina*, en proporciones conocidas de antemano, que se administran con éxito á la dósis de dos, tres ó cuatro en las veinticuatro horas. La ergotina se emplea tambien á la dósis de 1 á 5 centígramos en forma de píldoras, pocion ó jarabe.

Vomitivos.—Se ha aconsejado el uso de los vomitivos, no solo cuando la pérdida del apetito, el mal gusto de boca y la pesadez de cabeza pueden hacer creer que existe un *embarazo gástrico*, sino tambien indistintamente en todos los casos de metrorragia crónica. Lo que impide que se pueda saber de positivo cuál es su valor de esta medicacion, es que, como hemos visto anteriormente, la metrorragia medianamente intensa tiende muchas veces naturalmente á la curacion. Sin embargo, no es dudoso que en los hechos citados por Alfonso Leroy (2), Gendron y Osborne (3), no han seguido de cerca la disminucion del flujo sanguíneo á la administracion de los vomitivos. El último de estos autores recomienda la *ipecacuana* á la dósis de 1,25 gramos, y quiere que se repita una ó dos veces si persisten los síntomas. Ordinariamente se aplica el *tártaro estibiado* á dósis emética. Alfonso Leroy recomienda que se administre este medicamento algunos dias seguidos.

Purgantes.—Tambien se han administrado en las mismas circunstancias los purgantes suaves, tales como *los sulfatos de sosa y de magnesia* y el *agua de Sedlitz*.

El doctor Ostenlin añade el *sen* y la *sal de Glaubero* á una infusion amarga y excitante de la manera siguiente:

R. Hojas de sen......... Yerba de ciento en rama — de centaura menor	aa 15 gram.	Sal de Glaubero............. 30 gram. Simiente de hinojo........... 10 gram.

Infúndase en

Agua.............................. 500 gram.

Se toma de medio á un cuartillo todas las mañanas.

Opio.—Vogler (4) considera este medio como el mas eficaz, y se encuentra en las diversas colecciones un considerable número de Memorias en las que se alaba la eficacia de esta sustancia. Por desgracia los casos citados son muy diferentes, y la mayor parte se refieren

(1) Derosne, Henry et Payen, *Examen chimique et médical de la monésia*. Paris, 1841, in-8.
(2) Véase *Dictionnaire des sciences médicales*.
(3) *Gazette médicale*, 1832.
(4) Vogler, *Erfahrungen über Geburt*. Marburg, 1797.

á metrorragias puerperales; de suerte que no podemos apreciar, por los resultados de la experiencia, el valor de este medicamento que, segun opinan algunos, tales como Roberto Tomás, debe darse á cortas dósis, y segun otros á dósis altas (1).

Es cierto que cuando se irradian dolores mas ó menos vivos hácia la pélvis, los lomos y los muslos, está indicado el uso del opio; pero es necesario antes de darle asegurarse de que estos dolores no son debidos á la presencia de un coágulo ó de falsas membranas, como en los casos referidos por Lisfranc, porque entonces el único medio de hacerlos cesar es desembarazar el cuello del útero de los cuerpos extraños que obstruyen su cavidad. En otros casos tambien, como se ven algunos ejemplos en las observaciones de Duparcque, estos dolores resultan de las contracciones que hace el útero para desembarazarse de la sangre que ingurgita su tejido, y ya hemos dicho anteriormente que el mejor medio de hacer cesar estas contracciones expulsivas es hacer emisiones sanguíneas locales. A medida que se hagan las observaciones con mas exactitud se determinarán estos casos con mas precision. Muchas veces se necesitan cinco, diez y quince centígramos de opio y mas, aumentando progresivamente, para hacer cesar los dolores en las *metrorragias designadas con el nombre de espasmódicas*, y con la cesacion de los dolores coincide ordinariamente la de la hemorragia uterina. Tambien se administran en los mismos casos *lavativas laudanizadas*.

Antiespasmódicos.—Se prescriben estos medicamentos en las mismas circunstancias, pero menos generalmente; mas ninguno de ellos ha sido tan recomendado como el *alcanfor*, que se puede unir al opio del modo siguiente:

R. Alcanfor.............	2 gram.	Jarabe de opio...........	30 gram.
Goma en polvo.......	6 gram.	Agua....................	150 gram.

Se toma á cucharadas.

En los casos en que pareciesen indicados, se podria administrar en lavativas la *asafétida*, el *alcanfor*, el *almizcle*, etc.

Cornezuelo de centeno.—La accion expecial del cornezuelo de centeno ha inducido á emplearle en la metrorragia. En un principio se le administró en la metrorragia puerperal; pero despues se le aplicó á todos los casos en que se ha creido que el útero habia perdido su tonicidad y se hallaba en un estado de ingurgitacion pasiva. En las colecciones de medicina se hallan gran número de hechos que prueban su eficacia (2); pero queda por determinar de un modo preciso,

(1) Righby et Duncan, *Nouveau traité sur les hémorrhagies de l'utérus*, trad. par madame Boivin. Paris, 1818, in-8.

(2) Véase Arnal, *De l'action du seigle ergoté et de l'emploi de son extrait dans les cas d'hémorrhagies internes* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1849, t. XIV, p. 408).—*Rapport à l'Académie de médecine*, par Danyau, 1.º Octubre, 1850 (*Bull. de l'Acad. de médecine*, t. XV, p. 6 et suiv.).

cuáles son los casos en que se le debe prescribir, lo que no nos permite hacer los pocos pormenores que se encuentran en las observaciones. El mejor modo de administrar este medicamento es el siguiente:

R. Cornezuelo de centeno recien pulverizado....... 2 á 4 gram.

Divídase en cuatro papeles. Se toman en el dia con intervalos iguales en una cucharada de agua azucarada ó en hostias.

Goupil recomienda la mistura siguiente:

R. Cornezuelo de centeno en polvo................ 4. gram.	Jarabe simple............ 50 gram. Espíritu de menta........ 10 centígr.

Se toma á cucharadas.

Este medio es el mismo que se ha empleado para excitar las contracciones uterinas durante el parto, solo que en los casos de que se trata no se debe dar á intervalos demasiado aproximados, y aun se hará muy bien en *empezar por menores dósis*.

Citamos la fórmula siguiente del doctor Schussmann, porque en union con el cornezuelo de centeno contiene sustancias antiespasmódicas y narcóticas, y porque puede ser útil en los casos en que es necesario llenar la doble indicacion de favorecer las contracciones uterinas y calmar la excitacion nerviosa.

R. Cornezuelo de centeno....... 45 á 60 gram.

Infúndase en

Agua hirviendo............... 200 gram.

Disuélvase en esa infusion despues de colada.

Extrato de belladona... 75 centgr. Jarabe de opio......... 30 gram.	Agua de almendras amargas 2 á 6 gram.

Mézclese. Se toma media ó una cucharada de hora en hora.

Sabina.—Se ha llegado hasta prescribir la sabina, aunque esta sustancia sea uno de los mas poderosos emenagogos. En efecto, se encuentran en el *Periódico de Hufeland* muchos hechos en favor de esta medicacion, que está generalmente muy distante de ser adoptada. Wedekind (1) y el doctor Gunther (2) han sido los que principalmente han elogiado este medicamento. El último quiere que se dé la *sabina en polvo* á la dósis de 1,25 gramos cuatro veces al dia. Esta dósis es considerable, y la experiencia no ha acreditado bastante la utilidad de esta sustancia para que se pueda aconsejar que se prescriba en tan grande cantidad.

Ferruginosos.—Se ha dado estos medicamentos en los casos en que son grandes la debilidad y la atonía; pero principalmente para

(1) Wedekind, *Hufeland's Journal der praktischen Arzneikunde*, 1800.
(2) Günther, *Ibid.*, *Journal der practischen Heilkunde*, 1826.

combatir la *anemia*, que es consiguiente á la hemorragia. Por último, remitimos al lector al artículo ANEMIA (1), y mas adelante hablaré de los efectos de estos medios en la *clorosis menorrágica*.

Terrier preconiza el *óxido de plata* unido al opio. La dósis es por término medio de 60 centígrados en doce píldoras, unidas á una dozava parte de extracto de opio; dando una píldora mañana y tarde. Si se trata de una hemorragia abundante, se elevan y aproximan mas las dósis; 30 centígramos en tres dósis, con media hora de intervalo, unidas á una sesta parte de extracto de opio.

Este médico refiere cuatro observaciones en que este tratamiento obtuvo el mejor éxito.

Thweat (2), que ha hecho un estudio expecial de este medicamento, afirma que su accion es sobre todo eficaz en la menstruacion de período muy aproximado. Es menester atenerse á nuevos hechos.

Medios diversos.—Restan ahora cierto número de medicamentos alabados por algunos autores, pero acerca de cuya eficacia no tenemos sino algunas noticias insuficientes. Entre ellos está el *nitrato de potasa á altas dósis*, aconsejado por los doctores Zucari (3) y Goupil (4), quien le da á las dósis de 8 á 16 gramos (media á una onza) al dia en la tisana; y la *digital*, que Brera une á la goma quino del modo siguiente:

R. Digital........... 10 centígr. | Goma quino............ 60 centígr.

Háganse algunos papeles iguales. Se toma uno cada dos horas.

Tambien se ha recomendado el *acetato de amoniaco*, la *raiz de tormentilla* (5), la *creosota*, el *suero*, el *ferrocianato de potasa*, etc.

Al mismo tiempo que se usa esta medicacion interna, no se deben descuidar los *medios externos* indicados mas arriba al hablar de la *metrorragia aguda*; solo sí es preciso proporcionar la accion á la intensidad del mal y á las fuerzas del enfermo.

¿Hay por ventura algunos medios que se apliquen mas particularmente á ciertas expecies de metrorragia que los que hemos indicado mas arriba? Estas expecies se han establecido con presencia de los síntomas; pero tambien en vista de los síntomas se ha instituido el tratamiento precedente. Solo nos resta ocuparnos de la *clorosis menorrágica*, y de la *metrorragia sintomática de una afeccion orgánica del útero*. Respecto á esta última, se concibe bien que cuando se produce la metrorragia, se debe fijar momentáneamente la atencion sobre ella de un modo exclusivo, hacer olvidar casi enteramente la enfermedad primitiva, y aun algunas veces se tiene que hacer

(1) Véase tomo I, p. 503.
(2) Thweat, *The American Journal of the medical sciences*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 16 Febrero, 1851.
(3) Zucari, *Ann. univ. di med.*, 1824.
(4) Goupil, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, t. VII.
(5) Meyer, *Recept. Taschenbuch für osterreich. Pharm.*, 1836.

abstraccion de esta, cuando la metrorragia es bastante abundante para hacer peligrar la vida de la enferma. En los casos menos graves, todo lo que es preciso recordar es que las mujeres tienen una afeccion orgánica esencialmente debilitante, y que por consiguiente no se deben emplear sino con moderacion los remedios que tienden á aumentar esta debilidad, y en particular las emisiones sanguíneas.

Clorosis menorrágica.—En cuanto á la hemorragia que se observa en ciertos casos de clorosis, ya hemos indicado su tratamiento con todos los pormenores necesarios en otro artículo (1), al cual nos basta remitir al lector.

Mitchell (2) ha tratado con buen éxito ciertas metrorragias haciendo sobre la region lumbar *rayas de fuego con un cauterio calentado hasta el rojo blanco*, y hace así diez y ocho y veinte. Este autor emplea este tratamiento en aquellas metrorragias que reconocen por causa una *neuralgia lumbouterina*, de la que hemos hablado ya en el artículo LEUCORREA.

Tratamiento de algunos accidentes.—Ya hemos dicho anteriormente que la formacion de coágulos ó de falsas membranas podia dar lugar á contracciones expulsivas, que producen dolores semejantes á los del parto. Los hechos referidos por Lisfranc (3) prueban que en semejante caso no hay mejor medio que *extraer los coágulos ó falsas membranas*, que se desprenden con el dedo. Las *inyecciones* pueden favorecer la extraccion, que á veces es difícil, del cuerpo extraño colocado muy alto en la cavidad uterina.

Si á consecuencia de la obliteracion del cuello por estos coágulos ó falsas membranas, continuara acumulándose la sangre distendiendo la cavidad uterina, se producirán los fenómenos de la hemorragia uterina, y seria menester separar con prontitud el obstáculo, á la par que se pusieran en práctica los medios aconsejados contra la metrorragia que puede hacer peligrar la vida de la paciente. El mismo accidente puede producirse á consecuencia del taponamiento, en cuyo caso se retirará el tapon para obrar como en los casos en que hay que separar coágulos.

Resúmen.—1.° **Metrorragia bastante grave para hacer temer por la vida.**—Emisiones sanguíneas, ventosas secas, ligadura de los miembros, compresion de la aorta; revulsivos, aplicacion del frio, tópicos astringentes y estípticos; taponamiento.

2.° **Metrorragia activa de mediana intensidad.**—Emisiones sanguíneas, sangrías revulsivas; quietud moral y física, posicion horizontal, aire fresco; bebidas frias, alimentos frios; aplicaciones frias.

3.° **Metrorragia crónica.**—*Medicacion interna.*—Acidos, estípticos y astringentes; eméticos, purgantes; opio, antiespasmódicos, cornezuelo de centeno; sabina; medios diversos; digital, tormenti-

(1) Véase tomo I, artículo CLOROSIS, p. 536.
(2) Mitchell, *loc. cit.*
(3) Lisfranc, *loc. cit.*

lla, etc.—*Medios externos*, como en la primera categoría, pero proporcionados al estado de la enferma.

4.° **Clorosis menorrágica.**—(Véase tomo I.)

5.° **Accidentes.**—Coágulos, falsas membranas, hemorragia interna.

ARTÍCULO IV.

CONGESTION UTERINA.

Todos los autores que se han ocupado de las enfermedades del útero han citado casos en los que habiendo sobrevenido un flujo de sangre en el tejido de la matriz, este órgano se ha puesto tumefacto sin que hubiese habido despues hemorragia. Es verdad que en muchos de estos casos se puede admitir la existencia de cierto grado de inflamacion, ó á lo menos esto es lo que al parecer resulta de las observaciones que por desgracia son casi siempre sumamente incompletas; pero en otros, tales como algunos de los que refieren Dugés y Boivin (1), y Duparcque (2), Aran (3), no se presentan mas signos que los de una fluxion sanguínea, y por consiguiente se debe examinar esta afeccion por separado.

§. —Definicion, sinonimia y frecuencia.

Solo se debe considerar como congestion uterina una enfermedad en la que sobreviene una tumefaccion rápida del útero sin síntomas generales ostensibles. Pero no es así como la consideran los autores que hemos citado, pues segun ellos, una simple congestion puede estar acompañada, no tan solo de síntomas febriles manifiestos, sino tambien de un flujo blanco ó amarillento del útero. Pero ¡es evidente que el dar tan gran extension á la congestion sanguínea, es hacer imposible toda distincion, y que en esta opinion no hay ya línea divisoria entre la congestion simple y la flegmasía; y esto es tan cierto, que varios autores, á la vista de estos síntomas, han concluido por dar á la enfermedad el nombre de *metritis subaguda*. Si, segun ellos, hay fenómenos inflamatorios en ciertos casos, ¿cómo considerar desde entonces la enfermedad como una simple congestion?

Esta afeccion ha recibido además los nombres de *fluxion uterina*, *plétora uterina*, *infarto de la matriz por congestion simple* (Duparcque, y como acabamos de decir, el de *metritis subaguda*.

Cuando aparecen las reglas, y en un gran número de casos de

(1) Dugès et Boivin, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1833, t. II.

(2) Duparcque, *Tpaité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, 2.ª édition. Paris, 1839, p. 166 et suiv.

(3) Aran, *Leçons sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1858.

metrorragias, se verifica una congestion uterina antes que empiece á salir la sangre, bajo cuyo punto de vista pudiera decirse que esta congestion es muy frecuente. Pero esto no es una enfermedad, y aquí solo debemos ocuparnos de la congestion sanguínea que persiste mas ó menos tiempo sin flujo de sangre, de modo que si hemos de juzgar por el corto número de casos de este género que posee la ciencia, la congestion uterina, tal como aquí la concebimos, es una afeccion rara, sobre todo comparativamente con la metrorragia. Sin embargo, se necesitan nuevas investigaciones acerca de este punto.

§ II.—Causas.

Duparcque cita en primer lugar como causa predisponente la *edad de la pubertad*, y añade que bajo la influencia de esta predisposicion aparece la congestion sanguínea del útero ocasionada por «*emociones morales fuertes* ó *concentradas*, un *ejercicio violento*, el *uso de excitantes* y de los *estimulantes* alimenticios ó medicinales, etc.»

«Además de estas causas generales tan comunes en las congestiones de todos los órganos, hay otras, continúa este autor, que son peculiares de la especie de infarto que nos ocupa, tales como algunos *excitantes especiales*, v. gr. la *ruda*, la *sabina*, etc., y los excitantes propios de los órganos genitales, el *cóito* y la *masturbacion*.» Y mas adelante indica la accion del *frio* y el *uso intempestivo de los astringentes* en las épocas menstruales y despues del parto.

Basta esta cita para demostrar cuán vagos son nuestros conocimientos acerca de la etiología de esta enfermedad.

Debemos añadir que nunca hemos hallado *dislocacion considerable del útero* sin cierto grado de congestion.

§ III.—Síntomas.

Las enfermas experimentan en la pélvis, y principalmente hácia el recto y el perineo, una *sensacion de peso* incómodo, que aumenta considerablemente cuando hacen mucho ejercicio. Cuando la congestion llega á hacerse considerable, esta sensacion se cambia con frecuencia en un verdadero *dolor* sordo, y sobrevienen pronto *tiranteces* en los lomos y en las íngles, que aparecen á intervalos mas ó menos cercanos, y que á veces se trasforman en dolores intensos parecidos á dolores cólicos. Estos ataques pueden tener una duracion bastante larga, y entonces están acompañados de una sensacion de contraccion violenta de la misma naturaleza que las contracciones expulsivas del parto, y hay un verdadero *tenesmo* uterino. «Estos dolores, dice Duparcque, son á veces tan sumamente intensos, que las enfermas se ven precisadas á permanecer sumamente dobladas hácia delante mientras los tienen.»

Al mismo tiempo que aparecen estos dolores intensos, es notable

que ni la *presion* hecha sobre el cuerpo del útero al través del hipogástrio, ni sobre el cuello por medio del tacto ocasionan ningun dolor, segun dicen los autores, y en particular Duparcque. Sin embargo, esta proposicion nos parece un poco absoluta, porque hemos observado casos de congestion uterina sin ningun signo de inflamacion, en los que, palpado el útero al través de la pared hipogástrica, tenia una sensibilidad manifiesta, aunque menor que en la metritis, y sucede con bastante frecuencia que se puede comprobar la existencia del dolor en los casos de *dismenorrea* cuando la fluxion sanguínea ocasiona síntomas intensos, que pronto disipa completamente la aparicion de la sangre. El mismo Duparcque refiere además un ejemplo semejante (obs. 55).

«Un fenómeno notable, dice Duparcque, y comun á todas las congestiones activas con ó sin hemorragia, es el *latido muy perceptible alrededor del cuello* de las arterias uterinas, que parecen mas desarrolladas que en el estado normal.» Sin negar la existencia de este síntoma, diremos que no se hace mencion de él en las observaciones, por desgracia demasiado raras y muy poco detalladas, que nos han dado los autores.

Para completar el cuadro del estado local, debemos indicar la *tumefaccion del órgano*, que se conoce por los signos siguientes. Por el *tacto* se percibe el cuello voluminoso, y si estando la mujer en pié se levanta el útero con la extremidad del dedo, se le halla notablemente mas pesado que en el estado normal. Es útil tambien el *tacto por el recto* para adquirir una idea aproximada del aumento de volúmen del cuerpo, volúmen que por lo comun es muy poco considerable para que la palpacion al través de la pared hipogástrica pueda hacer percibir el fondo del útero. Pero en algunos casos, y sobre todo en los que la enfermedad se desarrolla con rapidez, el infarto es bastante manifiesto para que este fondo sobresalga por encima de los púbis y pueda tocarse fácilmente: entonces se nota por la *percusion* un sonido á macizo con convexidad superior, que se extiende á derecha é izquierda de la línea blanca sin llegar á las fosas ilíacas. Puede apreciarse el verdadero volúmen del órgano combinando *la palpacion abdominal con el tacto vaginal.*

Ya hemos dicho que si algunos autores han admitido la existencia de fenómenos realmente febriles en las simples congestiones sanguíneas del útero, ha sido porque no han distinguido bastante bien la metritis de la congestion. Los únicos *síntomas generales* que corresponden á esta última son: un malestar general, tanto mayor cuanto mas intensos son los ataques de dolor, una ligera agitacion, y una ansiedad mas ó menos considerable.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La congestion sanguínea del útero sigue por lo comun un *curso agudo*, es decir, que los síntomas llegan con rapidez á su mayor grado de intensidad. No obstante, en algunos casos presentan los fenómenos un curso lento, y la enfermedad permanece despues estacionaria por un tiempo variable. Ya hemos dicho antes de ahora que uno de sus principales caractéres es aparecer por *accesos* dolorosos, que vulgarmente se llaman *cólicos uterinos*.

La *duracion* de la congestion uterina es por lo comun corta, y no excede de dos á cuatro dias, y dura expecialmente poco cuando el infarto sanguíneo precede á la aparicion de las reglas, porque casi siempre desaparecen todos los accidentes con la salida de la sangre, como veremos en el artículo *Dismenorrea*. En estos casos puede exceder de una á dos horas; pero en algunas enfermas, en que aparece la congestion fuera de las épocas menstruales, que va seguida de hemorragia, puede prolongarse muchas semanas, sobre todo si no se la combate con un tratamiento apropiado, y si la enferma no guarda la quietud necesaria..

En general se puede decir que la *terminacion* es favorable, sea que concluya la congestion por una hemorragia, ó que haya necesidad de la intervencion del arte. Sin embargo, se concibe que si no se emplea un tratamiento oportuno, y si la enferma hace excesos y no guarda quietud, puede una congestion que dure mucho tiempo terminar por una verdadera inflamacion, ó por un *hematocele periuterino*.

§ V. Lesiones anatómicas.

Las lesiones que se han hallado despues de la muerte en los casos en que las mujeres que padecian congestion uterina han sucumbido de otra enfermedad, consisten únicamente en una hinchazon mas ó menos considerable del útero, con distension de los vasos por la sangre. Cuando se corta el tejido uterino, sale una gran cantidad de este líquido, y en seguida recobra el tejido su consistencia normal.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

No nos detendremos en el *diagnóstico*, cuya descripcion será mas oportuna en la *metritis simple aguda*, única enfermedad con que puede confundirse la congestion uterina. Solo diremos aquí que los principales caractéres diferenciales entre estas dos afecciones son los ataques dolorosos mas marcados y mas frecuentes en la congestion, la menor sensibilidad que ofrece á la presion el simple infarto sanguíneo, y finalmente, la aparicion de fenómenos febriles.

Pronóstico.—El pronóstico es favorable en la inmensa mayoría de casos, y solo en algunos se puede temer el desarrollo de una inflamacion simple. Sin embargo, si hubiésemos de creer á algunos autores, el pronóstico seria mucho mas grave, y hé aquí lo que dice Duparcque acerca de esto. «El infarto por congestion pasa fácilmente al estado de flegmasía crónica, y de aquí á trasformaciones orgánicas muy profundas.» Esta proposicion envuelve un error sumamente grave. De que estas enfermedades crónicas enteramente expeciales, y cuyos progresos inevitables pueden pronosticarse desde que se observan los primeros síntomas, y presentan por lo comun en sus principios signos de congestion ó de hiperemia, se ha deducido que toda congestion ó hiperemia puede trasformarse en lesion orgánica; pero esto es estudiar los hechos muy superficialmente, y una análisis mas profunda prueba cuánto dista de la verdad este modo de considerar las cosas. Duparcque, en la primera parte de su obra, cita casos de este género, de los que nos ocuparemos al hablar del *cáncer del útero* (Véase el artículo CÁNCER DEL ÚTERO).

§ VII.—Tratamiento.

Si la enfermedad es poco intensa basta una *sangría general*, ó una aplicacion bien de *sanguijuelas* al hipogástrio, á las partes genitales ó al ano, ó de *ventosas escarificadas* al hipogástrio, algunos baños, una corta cantidad de *opio* (3 ó 5 centígramos por la noche), un *régimen* suave y ligero y la *quietud* en la cama para hacer desaparecer pronto todos los síntomas, y para que aparezca el flujo menstrual en los casos que sea una dismenorrea.

Si la afeccion es mas intensa, y si cuenta ya mucha duracion, sobre todo cuando aparece fuera de la época menstrual, es preciso hacer uso de medios mas activos. Primeramente se debe insistir en las emisiones sanguíneas en los casos en que la mujer es robusta, y en que la fuerza del pulso y la aparicion rápida de los síntomas indican que es una de esas congestiones á que se da el nombre de activas.

Algunos autores quieren que se hagan las emisiones sanguíneas á cierta distancia del asiento de la enfermedad, tal como en los lomos, en la base del pecho ó en un punto aun muy distante, para efectuar una *derivacion;* pero todavía la experiencia no nos ha ilustrado bastante respecto á la utilidad de esta práctica.

Los *baños*, en el caso que nos ocupa, deben ser de larga duracion, y se prescriben igualmente las *inyecciones emolientes* practicadas con frecuencia.

Se combaten los *dolores* con los narcóticos, y expecialmente con el *opio* á la dósis de 5 á 10 centígramos y aun mas si no ceden. Son tambien muy ventajosas las *lavativas laudanizadas*, y el doctor West ha elogiado el *acónito* bajo la forma de extracto acuoso á la

dósis de 5 centígramos, que se va aumentando gradualmente; pero algunos autores prefieren los antiespasmódicos, como el *almizcle*, el *alcanfor* y la *asafétida*, y ya hemos tenido sobradas ocasiones de indicar el modo de usar estos medios para que volvamos á repetirlo aquí.

En los casos en que aparece la congestion en *mujeres débiles y cuyo pulso ofrece poca resistencia*, se han propuesto los *escitantes difusibles* y sobre todo el *amoniaco* y el *acetato de amoniaco*, y Duparcque usa el primero del modo siguiente:

R. Amoniaco líquido... 48 gotas. | Jarabe simple........... 60 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas de café en las veinticuatro horas, en una tacita de infusion de hojas de naranjo.

El doctor Mesnier prescribe el *acetato de amoniaco* á la dósis de cuatro á siete gotas repetidas tres ó cuatro veces al dia, y poniéndolas ó en una infusion cualquiera ó simplemente en un poco de agua azucarada.

Se han prescrito otros escitantes en las mismas circunstancias, pero ninguno interesa tanto citar como el *cornezuelo de centeno* á causa de su accion expecial. Los doctores Pagrani y Pignucia (1) han referido varias observaciones en las que el cornezuelo de centeno obtuvo el éxito mas completo á la dósis siguiente:

R. Cornezuelo de centeno.............. 4 gram.

Divídase en ocho papeles y se toma uno cada dos horas en una cucharada de agua azucarada.

Han completado este tratamiento algunas sanguijuelas, el mantener el vientre libre por medio de purgantes ligeros, la dieta y la quietud.

Resúmen.—Emisiones sanguíneas, baños, opio, quietud, régimen, acónito, antiespasmódicos, excitantes difusibles, amoniaco, acetato de amoniaco y cornezuelo de centeno.

ARTÍCULO V.

DE LA METRITIS EN GENERAL.

La metritis ó inflamacion del útero presenta gran número de variedades, siendo imposible trazar una descripcion en conjunto ó general. Solo pueden presentarse los caractéres comunes á las diferentes formas, pues de lo contrario seria exponerse á cometer un grave

(1) Pagrani y Pignucia, *Annali universali di medicina.*

error describiendo un *tipo* que no existiera. Es mucho mejor exponer los casos cómo se presentan, dándolos á conocer en artículos separados.

Haremos observar primeramente que la inflamacion de la matriz que sucede al parto, es una expecie completamente aparte, y que no puede en modo alguno confundirse con las demás. La describiremos con el nombre de *metritis puerperal*.

Procediendo despues á la descripcion de las expecies que se presentan en el estado de *vacuidad* del órgano, distinguiremos las metritis *parciales* y *general*. Apoyados en este dato anatómico, describiremos sucesivamente: la *metritis externa* ó *del cuello uterino*, que comprende la historia de las *erosiones*, *granulaciones*, etc.; la *metritis interna* ó de la *mucosa intra-uterina (catarro uterino* de algunos autores), á la que se refieren las *fungosidades intrauterinas;* en fin, la *metritis parenquimatosa* y los *infartos crónicos del útero*.

ARTICULO VI.

METRITIS PUERPERAL.

Las observaciones recogidas por Voillemier en una epidemia de *fiebre puerperal* que reinó en la clínica de la facultad (1), han contribuido á ilustrarnos mucho sobre esta interesante materia, y despues otros muchos escritos que daré á conocer mas adelante han confirmado los resultados obtenidos por este observador. De esto ha resultado que muchos casos que se consideraban como simples metritis ó metroperitonitis puerperales, no son otra cosa que ejemplos de una afeccion general de que forman parte las lesiones del útero y del peritoneo inmediato.

Sin embargo, hay casos bastante numerosos, en los que toda la enfermedad se halla concentrada en la flegmasía del útero, y estos casos merecen estudiarse particularmente.

Chomel (2) propone dividir esta afeccion en *metritis puerperal propiamente dicha*, es decir, la que sobreviene inmediatamente despues del parto, y en *metritis postpuerperal*, que solo se manifiesta algunos dias despues. Pero examinando atentamente los hechos, se ve que esta division no es, por lo que acabamos de decir, tan importante como parece á primera vista. Efectivamente, Chomel conviene en que los casos de metritis puerperal propiamente dicha, tienen un aspecto del todo particular, y rara vez se presentan en el estado de sencillez. Pero precisamente en estos casos son en los que hay un estado general que constituye lo que se llama *fiebre puerperal*, y en

(1) Voillemier, *Histoire de la fièvre puerpérale qui à régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année* 1838 *(Journal des conn. med-chir.*, 1840).
(2) Chomel, *Dict. de médecine*, t. XXX, p. 228.

el que la metritis está siempre lejos de desempeñar el primer papel. Es verdad que se encuentra en estos casos el tejido del útero reblandecido, gangrenado y supurado en muchos puntos, que se presenta pus en los vasos sanguíneos y linfáticos, pero está afectado el peritoneo igualmente que otros muchos órganos, y lo que es muy importante de notar es que puede producir la fiebre en toda su intensidad con una ú otra de estas lesiones, y muchas veces faltando esta del todo, lo que prueba que no son esenciales (1).

En nuestro concepto la metritis puerperal es precisamente la que Chomel llama *metritis postpuerperal*, y solo en este caso es en el que se puede emplear con exactitud el nombre de metritis, porque la inflamacion del útero es la que constituye toda la enfermedad. El doctor Willemin (2) es de este parecer.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Con el nombre de *metritis puerperal* se debe entender una afeccion caracterizada por la inflamacion del útero, que algunas veces se propaga á un órgano inmediato, sin ninguno de estos accidentes temibles que indican una inflamacion primitivamente general, como los escalofríos violentos, la supuracion de los diversos órganos, la peritonitis general, el delirio, etc., porque entonces hay una *fiebre puerperal*, y no solo una metritis.

Como se ha separado recientemente esta enfermedad de un estado general que no era bien conocido, no es rica su sinonimia; así se la encuentra designada con el nombre de *metritis de las parturientas*, ó confundida con la metritis simple en muchas descripciones.

La metritis puerperal, tal como la comprendemos, no deja de ser *frecuente*, pues en estos últimos tiempos se han visto numerosos ejemplos en los hospitales, y por mi parte he observado tres en dos meses, en una enfermería de treinta y tres camas para mujeres, en las que no se reciben por lo comun las que están de parto. Todos saben que hay ciertas épocas en las que esta inflamacion se manifiesta con mas frecuencia que en otras, sin que se haya podido descubrir la razon de ello, y esta es la única relacion que tiene esta metritis con la fiebre puerperal.

(1) Para mas detalles véase el artículo FIEBRE PUERPERAL, tomo I. Véanse tambien J. Béhier, *Conférences de cliniq. méd. faites à la Pitié*, recogidas por Menjaud y Proust. Paris, 1864, art. *Maladies des femmes en couches.*—Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, 2.ª édit. Paris, 1864.—P. Lorain, *La fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*. Paris, 1856.

(2) Willemin, *De la métrite puerpérale idiopathique (Archives générales de médecine*, 4.ª série, 1847, t. XV).

§ II.—Causas.

Entre las diversas *causas* hay una que debe mencionarse en primer lugar, y es *el no guardar la suficiente quietud despues del parto*. Ya veremos mas adelante que por lo comun no se desarrolla esta metritis como la que se manifiesta en la fiebre puerperal inmediatamente despues del parto, y que las enfermas se han levantado ya antes de los primeros ataques. Así es que esta enfermedad se presenta principalmente en las clases pobres, bajo la influencia de la causa de que se trata, porque estas mujeres creen que se pueden entregar á sus ocupaciones despues de una semana de quietud, como si se pudiese asignar un límite fijo á la quietud que es necesario guardar despues del parto, y si no se debiese consultar el estado de los órganos.

Sin embargo, no es menester que exista esta causa para que sobrevenga la metritis. Existe en la actualidad en mi clínica, en el anejo del Hotel Dieu, una mujer que ha parido en él y que ha presentado al dia siguiente de la fiebre de la leche, y sin haberse aun levantado, los síntomas de una metritis intensa que se ha aumentado en los dias siguientes. En estos casos es en los que se debe admitir la existencia de una causa general, de una *constitucion médica* cuya naturaleza nos es desconocida.

No obstante, algunas veces se ha visto declararse la metritis casi inmediatamente despues del parto, y en semejante caso por lo comun se ha encontrado la causa en las *maniobras violentas* que ha exigido un parto difícil, en un *parto laborioso* y *largo*, en una palabra, en una irritacion cualquiera del útero.

Willemin (1) incluye entre las causas de esta afeccion *las rasgaduras profundas del cuello de la matriz*.

Se debe asemejar mucho á la metritis de que hablamos la que sobreviene despues del *aborto*, la que con bastante frecuencia reconoce por causa las violencias de que acabamos de hablar.

Algunas veces sucede que la placenta *no puede extraerse entera*, entonces quedan en la matriz fragmentos mas ó menos considerables: estos pedazos se pudren, y se ha visto seguir una metritis á esta especie de retencion.

Por último, citaremos como causas, de las que se han referido algunos ejemplos, la presencia de *coágulos* mas ó menos voluminosos en el útero, la *retroversion del útero*, y el *coito* antes que el útero haya recobrado su estado normal.

Segun Behier (2), ya lo hemos indicado (3), parece imposible en-

(1) Willemin, *De la métrite [illegible]*, Archives gén. de méd., [illegible] série, [illegible], t. XV, p. [illegible].
(2) Behier, [illegible], p. [illegible].
(3) Véase tomo I, art. FIEBRE PUERPERAL.

contrar en la naturaleza de las alteraciones peritoneales de las puérperas un signo que las diferencie de cualquier otra peritonitis expecialmente de las secundarias. La metritis no se diferencia de cualquier otra, y esta opinion que profesa igualmente Pajot (1), se funda en que en el parto sufre el útero una expecie de traumatismo; su cavidad presenta una superficie desigual, sangrienta, que mas tarde se cubre de pezones celulo vasculares, que supura y constituye una herida con division violenta del sistema venoso. Dejando á un lado el valor de este modo de ver en la cuestion de doctrina relativa á la fiebre puerperal, debemos hacer observar que esta interpretacion es suficiente para aplicar cierto número de casos de metritis puerperal, tales como lo comprende Valleix (véase, anteriormente, DEFINICION).

§ III.—Síntomas.

Los *síntomas* de la metritis de que se trata en este artículo no se diferencian realmente de los de la metritis aguda, sino en su mayor intensidad.

Invasion.—Es raro que esta enfermedad, como lo hace notar Chomel, empiece antes del cuarto ó quinto dia despues del parto, ni despues del veinte ó veinticinco, pues por lo comun se presenta del décimo al décimo quinto dia. Sin embargo, Willemin (2) ha visto casos en que ha sobrevenido algunas horas despues del parto, y en algunos casos la enfermedad ha parecido depender de una irritacion del útero durante el parto, y por mi parte tengo hecha la misma observacion. Es tambien digno de notarse que los casos en que existe un escalofrio al principio de la enfermedad son puramente excepcionales, lo que, como se ve, asemeja mucho esta afeccion á las flegmasías simples. Las mujeres empiezan á sentir en el hipogástrio inmediatamente ó algunos dias despues de la fiebre de la leche, dolores fugaces semejantes á los que se han llamado *cólicos uterinos*, y existen poco tiempo despues del parto; así es que se asustan muy poco. Pero bien pronto se hace el dolor permanente, se desenvuelve la fiebre y está declarada la enfermedad.

Síntomas.—Los fenómenos mas notables son sin contradiccion el dolor hipogástrico y la hinchazon del útero.

El *dolor* es contínuo, con una sensacion de *tension* y de *peso* en la pélvis. Hay por momentos *exacerbaciones*, pero mucho menos marcadas que en ciertas congestiones sanguíneas ó en ciertas histeralgias.

Antes de practicar esta exploracion conviene vaciar la vejiga urinaria de su contenido. El dolor permanece por lo comun circunscrito en el hipogástrio y en la pélvis; sin embargo, algunas veces se pro-

(1) Pajot, *Gazette des hôpitaux*, 25 Febrero 1862, n.° 23.
(2) Willemin, *loc. cit.*

§ II.—Causas.

Entre las diversas *causas* hay una que debe mencionarse en primer lugar, y es *el no guardar la suficiente quietud despues del parto*. Ya veremos mas adelante que por lo comun no se desarrolla esta metritis como la que se manifiesta en la fiebre puerperal inmediatamente despues del parto, y que las enfermas se han levantado ya antes de los primeros ataques. Así es que esta enfermedad se presenta principalmente en las clases pobres, bajo la influencia de la causa de que se trata, porque estas mujeres creen que se pueden entregar á sus ocupaciones despues de una semana de quietud, como si se pudiese asignar un límite fijo á la quietud que es necesario guardar despues del parto, y si no se debiese consultar el estado de los órganos.

Sin embargo, no es menester que exista esta causa para que sobrevenga la metritis. Existe en la actualidad en mi clínica, en el anejo del Hôtel Dieu, una mujer que ha parido en él y que ha presentado al dia siguiente de la fiebre de la leche, y sin haberse aun levantado, los síntomas de una metritis intensa que se ha aumentado en los dias siguientes. En estos casos es en los que se debe admitir la existencia de una causa general, de una *constitucion médica* cuya naturaleza nos es desconocida.

No obstante, algunas veces se ha visto declararse la metritis casi inmediatamente despues del parto, y en semejante caso por lo comun se ha encontrado la causa en las *maniobras violentas* que ha exigido un parto difícil, en un *parto laborioso* y *largo*, en una palabra, en una irritacion cualquiera del útero.

Willemin (1) incluye entre las causas de esta afeccion *las rasgaduras profundas del cuello de la matriz.*

Se debe asemejar mucho á la metritis de que hablamos la que sobreviene despues del *aborto*, la que con bastante frecuencia reconoce por causa las violencias de que acabamos de hablar.

Algunas veces sucede que la placenta *no puede extraerse entera*, entonces quedan en la matriz fragmentos mas ó menos considerables: estos pedazos se pudren, y se ha visto seguir una metritis á esta especie de retencion.

Por último, citaremos como causas, de las que se han referido algunos ejemplos, la presencia de *coágulos* mas ó menos voluminosos en el útero, la *exposicion al frio*, y el *cóito* antes que el útero haya recobrado su estado normal.

Segun Behier (2), ya lo hemos indicado (3), parece imposible en-

(1) Willemin, *De la métrite puerpérale idiopathique (Archives gén. de méd.*, 4.ª série 1847, t. XV, p. 289, 450).
(2) J. Béhier, *loc. lit.*, p. 483.
(3) Véase tomo I., art. FIÈVRE PUERPÉRALE.

contrar en la naturaleza de las alteraciones peritoneales de las puérperas un signo que las diferencie de cualquier otra peritonitis expecialmente de las secundarias. La metritis no se diferencia de cualquier otra, y esta opinion que profesa igualmente Pajot (1), se funda en que en el parto sufre el útero una expecie de traumatismo; su cavidad presenta una superficie desigual, sangrienta, que mas tarde se cubre de pezones celulo vasculares, que supura y constituye una herida con division violenta del sistema venoso. Dejando á un lado el valor de este modo de ver en la cuestion de doctrina relativa á la fiebre puerperal, debemos hacer observar que esta interpretacion es suficiente para aplicar cierto número de casos de metritis puerperal, tales como lo comprende Valleix (véase, anteriormente, DEFINICION).

§ III.—Síntomas.

Los *síntomas* de la metritis de que se trata en este artículo no se diferencian realmente de los de la metritis aguda, sino en su mayor intensidad.

Invasion.—Es raro que esta enfermedad, como lo hace notar Chomel, empiece antes del cuarto ó quinto dia despues del parto, ni despues del veinte ó veinticinco, pues por lo comun se presenta del décimo al décimo quinto dia. Sin embargo, Willemin (2) ha visto casos en que ha sobrevenido algunas horas despues del parto, y en algunos casos la enfermedad ha parecido depender de una irritacion del útero durante el parto, y por mi parte tengo hecha la misma observacion. Es tambien digno de notarse que los casos en que existe un escalofrio al principio de la enfermedad son puramente excepcionales, lo que, como se ve, asemeja mucho esta afeccion á las flegmasías simples. Las mujeres empiezan á sentir en el hipogástrio inmediatamente ó algunos dias despues de la fiebre de la leche, dolores fugaces semejantes á los que se han llamado *cólicos uterinos*, y existen poco tiempo despues del parto; así es que se asustan muy poco. Pero bien pronto se hace el dolor permanente, se desenvuelve la fiebre y está declarada la enfermedad.

Síntomas.—Los fenómenos mas notables son sin contradiccion el dolor hipogástrico y la hinchazon del útero.

El *dolor* es contínuo, con una sensacion de *tension* y de *peso* en la pélvis. Hay por momentos *exacerbaciones*, pero mucho menos marcadas que en ciertas congestiones sanguíneas ó en ciertas histeralgias.

Antes de practicar esta exploracion, conviene vaciar la vejiga urinaria de su contenido. El dolor permanece por lo comun circunscrito en el hipogástrio y en la pélvis; sin embargo, algunas veces se pro-

(1) Pajot, *Gazette des hôpitaux*, 25 Febrero 1862, n.° 23.
(2) Willemin, *loc. cit.*

paga á los vacíos y á los lomos, y aun hasta los muslos, cosa qu
por lo demás hemos comprobado igualmente en la metritis simpl

Este dolor se exaspera considerablemente por la *presion* ejercid
sobre el hipogástrio, igualmente que por la percusion, y cuando l
enfermedad se halla en toda su extensidad, apenas se puede compr
mir ligeramente en esta region sin que la enferma dé quejidos. E
tacto vaginal demuestra igualmente una sensibilidad exagerada d
cuello uterino.

El *aumento de volúmen* del útero es tal, que por una *palpacio*
ligera se puede reconocer el cuerpo de este órgano globoso, y qu
se eleva hasta uno, dos ó tres traveses de dedo debajo del ombligo
y algunas veces hasta este punto. El *tumor* que resulta es por lo co
mun muy redondeado, desigual, firme y resistente. Practicando l
geramente la *percusion* á su alrededor, se trazan sus límites recono
ciendo los puntos donde acaba el sonido intestinal y donde empiez
el *sonido á macizo* que produce. Este medio de exploracion demues
tra al mismo tiempo que las fosas ilíacas están sonoras, lo que sirv
para conocer que el tumor es realmente el útero hinchado. No teng
necesidad de decir que este exámen debe hacerse con muchísimo cu
dado, pues así lo exige la extremada sensibilidad del hipogástrio.

La introduccion del dedo en la vagina da á conocer el *aumen*
de volúmen del cuello, que es algunas veces tal, que hay dificulta
en pasar el dedo entre esta porcion del órgano y la pared vagin
que le rodea.

Willemin ha notado, como uno de los síntomas locales mas im
portantes, la *lentitud de la retraccion del útero con endurecimien*
parcial de las paredes de este órgano.

Se ha dicho que la metritis tiene por resultados, por una part
suprimir la secrecion de la leche, y por otra *detener el curso de l*
loquios; pero este hecho está lejos de ser constante, á lo menos e
todas las épocas de la enfermedad. En los casos que hemos observa
do hemos visto continuar la secrecion de la leche aunque en meno
abundancia, y en cuanto á los loquios, nos hemos asegurado que co
mucha frecuencia los médicos se han dejado engañar por las respues
tas de las mujeres. Efectivamente, aun cuando me decian que su
loquios estaban suprimidos, hemos visto que su ropa tenia grand
manchas que no se podian atribuir mas que á este flujo. Esto n
quiere decir que la observacion general sea falsa, únicamente preten
demos probar que se ha exagerado el valor de estos síntomas. Pe
siempre resulta que si en una época aproximada al principio de l
enfermedad, se ve que se suprimen las secreciones mas ó menos no
tablemente, es bastante comun ver reproducirse los loquios cuand
empiezan á remitir los síntomas, y lo mismo sucede con la secre
cion de la leche cuando quieren criar.

Por lo comun acompañan *síntomas generales* bastante intensos
los locales que se acaban de indicar. El *calor de la piel* se aument

notablemente, y se observa un mador considerable, y algunas veces *sudores* bastante abundantes. El *pulso* es lleno, dilatado, resistente y frecuente. En los casos que he observado se ha elevado á ciento diez, ciento veinte y ciento treinta pulsaciones en lo mas intenso de la enfermedad. Las enfermas pierden completamente el *apetito*, y la *sed* es por lo comun bastante viva. La *lengua* está blanca, muchas veces húmeda y á veces pastosa. Los síntomas febriles se aumentan por la noche, y se observa con bastante frecuencia agitacion y algo de insomnio.

Tal es la metritis puerperal en su estado de simplicidad; si á ella se agrega una inflamacion del peritoneo inmediato, de los anejos del útero ó del tejido celular de los fosas ilíacas, entonces vienen á agravar este estado nuevos síntomas debidos á estas complicaciones (1).

Gangrena.—No he hecho mencion de las supuraciones mas ó menos extensas de la matriz, de la *gangrena superficial* ó *profunda de este órgano*; en una palabra, de las alteraciones que forman parte, como hemos dicho mas arriba, de la fiebre puerperal. Sin embargo, se concibe muy bien que en los casos de que aquí se trata, la inflamacion puede ser bastante intensa para producir estas supuraciones ó esta gangrena; pero estos casos son por lo menos sumamente raros.

Cuando se presentan á la observacion se reconoce la existencia de las lesiones excesivamente graves de que se trata, en los *escalofrios irregulares* que se producen, en el *abatimiento de las fuerzas*, en la *expresion de ansiedad de la cara*, en la descomposicion de las fracciones, en los sudores frios, en la *hinchazon del vientre*, en la *diarrea*, y al mismo tiempo en la exasperacion del movimiento febril, y en la *suma pequeñez del pulso*, que coincide con un *aumento notable de su frecuencia*. La *gangrena* presenta además, como carácter particular, el aspecto muy sanioso de los loquios, y el olor *sui generis* que exhalan. La muerte sobreviene casi siempre en los casos de esta expecie, que merecen estudiarse de nuevo, á fin de asegurarse que consisten únicamente en la flegmasía del útero, y que no deben referirse á la fiebre puerperal (2).

No es raro ver que se forma un *absceso de la fosa iliaca* durante el curso de la metritis puerperal. Willemin y la mayor parte de los médicos han citado algunos ejemplos.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es contínuo. Ya hemos indicado las exasperaciones del dolor que se verifican por momentos; pero estas expecies de cólicos uterinos no alteran este curso. En algunos casos

(1) Véase PERITONITIS, t. IV, y mas adelante en este tomo los artículos ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS PERIUTERINOS y TUMORES DE LAS FOSAS ILÍACAS.
(2) Tomo I.

se han visto exacerbaciones mas marcadas que podian atribuirse á imprudencias de las enfermas, cansancio y faltas en el régimen; pero las mas veces, cuando estas observaciones se manifiestan ostensiblemente, es que sobreviene una complicacion que consiste por lo comun en la supuracion de una de las dependencias del útero; por consiguiente no se debe considerar á las exacerbaciones como pertenecientes á la misma metritis.

La *duracion* de la metritis puerperal simple es poco considerable en la mayor parte de los casos; en efecto, en todos los que he observado, los síntomas han empezado á aliviarse al cabo de cuatro ó cinco dias, y la mejoría ha progresado en seguida con la mayor rapidez. Cuando la afeccion es de larga duracion, casi siempre sucede así, porque ha sobrevenido una complicacion, ó porque las enfermas han cometido las imprudencias ya indicadas.

Cuando se trata de la *terminacion* de la enfermedad, es cuando es preciso tener presente la distincion establecida. Efectivamente, tan grave y tan frecuentemente mortal como es la metritis unida con la fiebre puerperal, con tanta facilidad se termina por la curacion aquella de que aquí tratamos. Rayer (1) ha visto que el útero continuaba siendo voluminoso durante uno ó dos meses, en las mujeres afectadas de metritis. Los casos de esta expecie son muy raros, é indican que la metritis se ha hecho *crónica*, lo que se conoce por otra parte en la persistencia de los demás síntomas de inflamacion. Luego que se disipan estos síntomas, la matriz entra rápidamente en la cavidad de la pélvis, lo que empieza á verificarse en la mayor parte de los casos, inmediatamente despues de la cesacion ó disminucion de los síntomas agudos.

Sin embargo, no es imposible que la enfermedad se termine por la muerte; pero entonces se encuentran casi siempre en la autopsia complicaciones graves (abcesos, peritonitis) que explican esta terminacion funesta.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las *lesiones anatómicas* propias de la metritis de que nos ocupamos, consisten en un aumento de volúmen por lo regular muy considerable del útero, en la rubicundez, friabilidad y blandura algunas veces extremada de su tejido; comprimiéndole algunas veces entre los dedos, se le reduce á una consistencia pulposa. Sin embargo, no es raro encontrar el tejido pálido y con bastante cohesion; pero es necesario en estos casos tener cuidado de no confundir la metritis con la fiebre puerperal, cuya distincion es tan interesante.

En lo interior de la matriz se han encontrado fragmentos de placenta descompuestos, y coágulos mas ó menos organizados. En cuan-

(1) Rayer, *Journ. des connaiss. médico-chirurg.*, Mayo, 1846.

to á los focos purulentos, á la gangrena de la superficie interna del útero y á las gangrenas parciales de sus paredes, ya hemos visto anteriormente que casi siempre se presentan en los casos de fiebre puerperal.

La metritis puerperal no se diferencia de la metritis simple sino por la violencia de sus síntomas y la profundidad, igualmente que la mayor extension de sus lesiones.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

No se puede confundir con ninguna otra enfermedad una metritis que sobrevenga algunos dias despues del parto, que empieza por dolores fijos en el hipogástrio, que se acompañan muy pronto de una hinchazon del útero, la cual es muy fácil de percibir por la palpacion, por medio de la cual se reconoce al mismo tiempo una viva sensibilidad á la presion. El tumor, formado por la *vejiga distendida*, se parece al que produce la tumefaccion inflamatoria del útero, pero es menos duro, menos doloroso, y por último, si fuese necesario, el cateterismo disiparia bien pronto todas las dudas. Por consiguiente esto no es una dificultad.

Cuando la enfermedad sobreviene casi inmediamente despues del parto, lo que algunas veces se observa, y sobre todo cuando el movimiento febril precede al desarrollo de los síntomas locales, ó se manifiesta con alguna intensidad desde su principio, se puede temer la invasion de una *fiebre puerperal;* pero el curso de la enfermedad y su evidente circunscripcion al cabo de poco tiempo en la matriz, vienen prontamente á fijar el diagnóstico.

§ VII.—Tratamiento.

Hemos visto ceder constantemente esta metritis en cinco, seis ú ocho dias al *tratamiento antiflogístico* y al uso del *opio* á dósis moderadas.

Se hace una ó muchas *sangrías generales*, teniendo en consideracion la fuerza de las enfermas, y tambien las pérdidas de sangre que han podido experimentar, porque esta metritis puede desarrollarse en mujeres que se hallan casi exangües por hemorragias sobrevenidas durante el parto. Despues se aplican quince, veinte ó veinticinco *sanguijuelas*, y se repiten las veces que fuese necesario. El punto sobre el cual se hace ordinariamente esta operacion es el hipogástrio. Un hecho que merece recordarse es que en algunas ocasiones, despues que se han disipado los síntomas graves, queda siempre una hinchazon dolorosa de la matriz, que puede persistir por espacio de muchos dias. En dos casos hemos visto, despues de dos ó tres dias de espera, durante los cuales el alivio de los síntomas locales parecia haberse detenido, que la última aplicacion de sanguijuelas hacia desaparecer el

dolor de la noche á la mañana, y desde este momento entraba el útero rápidamente en la pélvis. Las *ventosas* escarificadas pudieran reemplazar á las sanguijuelas; pero cuando el mal está en su mayor intensidad su aplicacion es algunas veces tan dolorosa, que no se las puede soportar.

Cinco ó seis centígramos de *opio* cada dia bastan para procurar á las enfermas noches mas tranquilas y calmar sus dolores. Tambien se pueden prescribir *lavativas laudanizadas* á una suave temperatura, y algunos médicos proponen emplear *supositorios opiados*; pero nada prueba que este modo de administrar el opio tenga alguna ventaja sobre los demás. Mantener el vientre libre por los *laxantes*; aplicar *cataplasmas emolientes* ó fomentos de la misma naturaleza sobre el abdómen; prescribir una quietud absoluta; ordenar una *dieta* severa los primeros dias, y no conceder en seguida alimentos ligeros, sino con prudencia, tales son los medios que vienen á completar este tratamiento, que, como decia mas arriba, es de los mas sencillos.

Cuando la inflamacion es mas profunda, hay en qué temer la supuracion del útero ó de sus anejos, y la gangrena superficial ó profunda de este órgano, y se debe insistir mucho en estos medios; pero ya hemos visto cuán raros son estos casos. Cuando se han formado los abscesos se ha recurrido á un tratamiento, que se expondrá al hablar de los *flemones de la pélvis y de la fosa iliaca* (1); y en los casos en que hay que tratar una gangrena, se emplean los *antisépticos*, que con mucha frecuencia no producen ningun efecto.

He dicho que en ciertos casos, á pesar de los medios usados, queda cierto grado de inflamacion, que toma la forma crónica. Entonces se recurre á los *mercuriales*, al *iodo* y á otros agentes terapéuticos indicados en el artículo METRITIS CRÓNICA (2).

ARTÍCULO VII.

METRITIS EXTERNA Ó DEL CUELLO DEL ÚTERO; GRANULACIONES, EROSIONES, ÚLCERAS SIMPLES DEL ÚTERO Y ÚLCERAS SIFILÍTICAS.

El útero presenta una disposicion y relaciones como ningun otro órgano. Su cuerpo es una víscera interior, profundamente colocado, y perteneciendo á la esfera de los órganos peritoneales; su cuello, aunque comprendido en la vagina, es un órgano externo, y presenta una superficie que tiene relacion con las de las partes tegumentarias; el cuerpo está revestido por el peritoneo; el cuello tiene una mucosa análoga á la de la vagina; y mientras que la primera parte solo experimenta por lo comun influencias internas, la segunda está

(1) Véase mas adelante un artículo dedicado á estos abscesos.
(2) Véase mas adelante.

expuesta sobre todo á las acciones exteriores. Aun podria decirse que la inervacion y la circulacion del cuerpo y del cuello son independientes. Es verdad que bajo el punto de vista del desarrollo estas dos partes se encuentran en un estado de verdadero antagonismo; así en las niñas, cuando el cuello tiene un desarrollo proporcionado al de los demás órganos, el cuerpo es aun rudimentario; en la mujer adulta el cuerpo supera en volúmen al cuello, y en la de edad avanzada el cuello se atrofia mucho tiempo antes que el cuerpo. De estos hechos resulta que la vitalidad de estas dos partes no es semejante; fácilmente se comprende que cada una de ellas puede enfermar aisladamente. La distincion hecha entre metritis del cuello y del cuerpo es, pues, legítima, así como la denominacion de *metritis externa*, dada á la del cuello, es muy racional (Racle).

1.° GRANULACIONES UTERINAS.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Las granulaciones uterinas constituyen una afeccion bastante comun del cuello de la matriz, caracterizada anatómicamente por la presencia de una superficie rubicunda y granujienta, que empieza en el orificio uterino, y se extiende de trecho en trecho en una extension mas ó menos considerable de hocico de tenca, y que tiene por principales síntomas un flujo viscoso mas ó menos abundante, y una sensacion de peso en el bajo vientre (Chomel) (1). Se encuentran, sin embargo, todos los dias enfermas que tienen con las granulaciones uterinas un flujo uterino mucoso-purulento, que no experimenta la menor sensacion de peso en la pélvis. En la actualidad nadie niega que este sea un verdadero estado patológico, ni confunde estas granulaciones con verdaderas úlceras. Por el contrario, todo induce á mirar esta lesion como idéntica á las granulaciones inflamatorias, cuya existencia hemos señalado en la vagina (2), á las pequeñas prominencias que presenta el estómago en la gastritis crónica, y que le dan el *aspecto amamelonado*, y á las granulaciones de la faringe en ciertos casos de inflamacion crónica de esta parte. Este *estado granuloso*, que pudiera aun seguir en otras mucosas, y que en cada una de ellas es idéntico en el fondo, aunque las modificaciones de estructura ocasionen algunas modificaciones en las apariencias de la lesion, este estado granuloso es un indicio de la inflamacion de las mucosas, y no puede considerarse en el punto de que se trata como una afeccion *sui generis*. Solamente su gran frecuencia en el cuello del útero, los síntomas que produce, y los cuidados particulares que reclama, le dan un interés práctico indisputable.

(1) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, t. XXX, p. 253.
(2) Véase p. 24, artículo VAGINITIS GRANULOSA.

Esta enfermedad ha recibido tambien los nombres de *metritis granulosa* ó *granulada*, de *úlcera granulada* y de *metritis amamelonada*. Su *frecuencia* es muy grande, y todos los dias, á medida que se generaliza el uso del espéculum, se reconoce la existencia de mayor número de casos.

§ II.—Causas.

Aunque las granulaciones uterinas se manifiestan casi exclusivamente en las *mujeres que han tenido hijos*, los médicos que se ocupan de las enfermedades venéreas saben cuán frecuente es encontrar granulaciones uterinas en las mujeres que se presentan para ser tratadas de una *vaginitis*, aun cuando nunca hayan tenido hijos, y por otro lado ya hemos visto una forma de la *vaginitis crónica* (1), que da lugar por continuidad de tejido á verdaderas granulaciones uterinas. Estas consideraciones probarian, si fuese necesario, que la enfermedad es de naturaleza inflamatoria, y los hechos que acabo de indicar demuestran que se hubiera hecho mal en creer con algunos autores, que las mujeres que han tenido hijos son las únicas que padecen la enfermedad de que nos ocupamos. Recientemente el doctor Bennet (2) ha demostrado en su interesante escrito sobre la inflamacion del útero, que la inflamacion simple, las erosiones y las granulaciones pueden encontrarse hasta *en las vírgenes*, y por ellas explican estas leucorreas interminables, cuya razon no se alcanzaba.

Se ha dicho que el *paso continuo de mucosidades* mas ó menos alteradas, su permanencia en la parte superior de la vagina y el desaseo, pueden producir las granulaciones uterinas; pero 1.°, en muchos casos no sale del orificio del cuello sino una materia albuminosa evidentemente no irritante; 2.°, todo induce á creer que cuando hay un flujo mucoso-purulento, le da la superficie granuleada, y 3.°, se ven muchas mujeres que con una abundante leucorrea que irrita las partes genitales externas, no presentan granulaciones del cuello del útero.

Si es cierto, como ha defendido principalmente Timbart (3), que en ciertas circunstancias el catarro uterino agudo ó crónico es la causa de estas granulaciones, no se puede hacer de esto una regla general.

En seguida vemos indicadas todas las causas que hemos visto mencionadas en todas las enfermedades del útero, tales como los excesos del cóito, la masturbacion, las inyecciones irritantes, las fatigas, etc.

(1) Véase p. 24, VAGINITIS GRANULOSA.
(2) J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, trad. por Michel Peter. Paris, 1864.
(3) Timbart, *Des érosions et des granulations du col de l'utérus*, thèse. Paris, Julio, 1860.

Podria deducirse de esta rápida enumeracion etiológica de las erosiones y granulaciones de la metritis interna, que realmente no se sabe nada del capítulo de las causas, lo cual seria un grave error para la terapéutica.

A falta de causas tópicas de las afecciones *locales*, debe recordarse que el estado general de la economía, su alteracion funcional, son en la inmensa mayoría de los casos el punto de partida de tal ó cual afeccion limitada á un solo punto del cuerpo. Esto es lo que sucede en muchas enfermedades cutáneas, en las que la erupcion solo es una manifestacion local de una causa diatésica diversa, como la escrófula, las herpes, la artritis. ¿Por qué no puede suceder lo mismo con la mucosa del cuello uterino? (V. Racle.)

Esta hipótesis es tanto mas admisible, cuanto que en muchas circunstancias puede referirse esta manifestacion local á una afeccion general. Así, ciertas granulaciones del cuello del útero van acompañadas de erupciones cutáneas, de violento prurito, y suelen observarse en las familias en que son hereditarias las afecciones cutáneas. En otras enfermas hay hipertrofia concomitante del cuello del útero, y simultáneamente los caractéres de las escrófulas, en cuyo caso las granulaciones dependientes de la hipertrofia participan del carácter escrofuloso. No nos extenderemos mas en consideraciones, pero referiremos al lector á la Memoria de E. A. Tillot (1) sobre este asunto. En las veintisiete observaciones que cita ha encontrado siempre ó diátesis escrofulosa ó tuberculosa y con menos frecuencia la herpética. Si Velpeau, Nonat, Aran, Becquerel, Bennet, son antagonistas de las causas diatésicas, la opinion que sostenemos es defendida por Chomel, Noel Gueneau de Mussy, Huguier, Alph. Robert, Fontan, Durand-Fardel, Gosselin, Duparcque, Tyley Smith, Scanzoni, y sobre todo por Bazin (V. Racle).

O. Larche (2) ha notado en la gran mayoría de los casos una relacion apreciable entre las alteraciones del cuello del útero y algunas enfermedades de la piel, en particular el eczema y el psoriasis generalizado. En las enfermas que han suministrado estos ejemplos, ha sido notable el observar la persistencia de la afeccion uterina, cuando la piel continuaba enferma. La mejoría seguia una marcha simultánea y muchas veces las alteraciones se presentaban en el cuello del útero despues de la aparicion de la afeccion cutánea, siendo tambien las últimas en desaparecer. J. Guyot (3) ha observado una enferma, en la que un eczema generalizado determinó despues de su curacion una leucorrea sintomática de una afeccion uterina, el eczema reapareció algun tiempo despues, cesando los signos de

(1) E. A. Tillot, *De la lésion et de la maladie dans le affections chroniques du systéme utérin*, thèse. Paris, 1860.

(2) O. Larcher, *Des lésions de la peau, dans leurs rappots avec d'autres états morbides* (Mémoire manuscrit).

(3) J. Guyot, Citation empruntée au Mémoire de O. Larcher.

la afeccion uterina, que volvieron á presentarse de nuevo cuando el eczema curó.

§ III.—Síntomas.

La *invasion* de esta enfermedad es enteramente imperceptible, y hasta tal punto, que cuando empiezan á quejarse la mayor parte de las mujeres, se descubren por el exámen directo granulaciones que ocupan gran extension y son muy antiguas.

Cuando está confirmada la enfermedad, los síntomas pueden ser todavía muy leves. Así, pues, muchas veces no experimentan ningun dolor ni peso hácia la pélvis, á no ser cierto grado de *leucorrea* que produce un estado general de languidez y trastornos digestivos mas ó menos notables, de ningun modo creerian que estaban enfermas.

Tampoco el *dolor* es un carácter esencial de las granulaciones uterinas. Además, cuando existe en cierto grado, se puede con bastante frecuencia reconocer que no depende de las granulaciones sino de un modo indirecto. En efecto: los dolores que se observan en los casos de que se trata se sienten hácia las ingles y los lomos, de donde se irradian á mayor ó menor distancia, y si se sigue su trayecto se ve que no son otra cosa que los dolores nerviosos que hemos indicado en la leucorrea simple, sin granulaciones del cuello. Es verdad que algunas veces aplicando el dedo al cuello del útero se produce dolor; pero es necesario no dejarse engañar por las apariencias. Este dolor es muchas veces muy circunscrito, no corresponde á las granulaciones, y si se examina el trayecto de los nervios lumbares, se encuentran puntos dolorosos que demuestran la existencia de una nevralgia, de que participa el útero. Hay otros casos en que el dolor ocupa todo el cuello, pero es cuando existe una inflamacion del parénquima de la matriz.

Hay *flujo* constante, pero no es siempre la misma la materia de este flujo. Efectivamente, se ve con bastante frecuencia que sale del cuello del útero como una cinta de un líquido trasparente, viscoso, semejante á la clara de huevo cruda, que para desprenderla cuesta mas ó menos trabajo. En otras circunstancias este líquido es turbio, sin perder su viscosidad y tenacidad, y en otras es blanco, mas flúido y se derrama en la vagina, en la cual se presenta sin formar esta masa que acabamos de indicar. Por lo demás, la abundancia de esta materia es muy variable; es tal en algunas mujeres, que aun cuando no fluye mas que un líquido albuminoso, las partes genitales enfermas, y aun los muslos, pueden estar bañados.

¿Se deberá considerar á la materia albuminosa que fluye así, como una secrecion morbosa de la superficie granulada? Esto es lo que no vacila en decir Chomel. Pero cuando se examinan atentamente los hechos, no se puede fallar tan afirmativamente. ¿Quién no ha

visto salir del útero esta materia albuminosa en bastante abundancia, aun cuando no existan granulaciones en la matriz? Este es un hecho que dejamos consignado al exponer la historia de la *leucorrea* (1). Por consiguiente esta secrecion no pertenece en propiedad á las granulaciones, y todo lo que se puede decir es que la presencia de esta alteracion en el orificio del cuello produce una excitacion en las partes inmediatas, de lo que resulta esta secrecion de materia albuminosa, que en el estado actual de la ciencia se debe considerar como una exageracion de la secrecion normal. El flujo mucoso-purulento es el que al parecer se puede mas bien atribuir á las superficies granuladas, y es fácil concebir, que el flujo albuminoso que procede del cuello del útero no haga mas que enmascarar esta secrecion mocoso-purulenta.

El *tacto* nada enseña de positivo acerca del estado del cuello del útero. Cuando las granulaciones son muy prominentes, se pueden percibir las pequeñas desigualdades que producen en la superficie del cuello uterino; y para que esta sensacion sea bien distinta, es necesario pasar el dedo sobre toda la extension de esta parte del órgano, para juzgar por comparacion entre la parte lisa y la parte ligeramente rugosa; pero esta exploracion no basta, y es menester recurrir al espéculum. El tacto puede además para comprobar si hay ó no una complicacion con un infarto del útero, y para esto es necesario practicarle como he indicado en el artículo METRITIS CRÓNICA.

Es indispensable el *exámen por medio del espéculum*, pues es el único medio por el que se puede reconocer la naturaleza del mal y su extension. Despues de haber introducido este instrumento, se ve en el orificio uterino, y en una extension variable de uno de los labios del cuello ó de los dos á la vez, una placa granulada que presenta el siguiente aspecto:

La *forma* de la placa es mas ó menos perfectamente redondeada. Separando los labios del cuello de la matriz con las ramas del espéculum, es fácil asegurarse de que tiene su orígen en los mismos bordes del orificio, y penetra mas ó menos profundamente en su cavidad. Algunas veces rodea al orificio con un anillo mas ó menos ancho, y otras está mas extendida en un labio, ó en uno de los labios, que en los demás puntos; algunas otras tambien, pero mas rara vez, no ocupa mas que un solo labio. No es comun que las granulaciones formen muchas placas separadas; sin embargo, hay variedades muy numerosas. En ciertos casos se ve tambien invadida una gran extension del cuello por estas granulaciones aglomeradas.

El *color* de estas placas granuladas es variable; sin embargo, es muy comun encontrarlas con un color rojo oscuro muy marcado. En ciertos casos son de color de rosa ó rojo bajo, y en otros azuladas ó violáceas.

(1) Véase artículo LEUCORREA.

Los límites de la placa granulosa son por lo comun muy marcados; es decir, que la transicion de color rojo y del aspecto algo rugoso que presentan, á la palidez y al aspecto liso del resto de la mucosa del cuello uterino, se hace muy repentinamente sin rubicundez intermedia.

Las *granulaciones* estudiadas con cuidado por Boivin y Duges (1), Duparcque (2), Lisfranc (3), Chomel (4) y muchos autores modernos, presencian algunas diferencias, segun dependen de una inflamacion aguda ó crónica. En el primer caso, son poco numerosas, apretadas, blanquecinas, ligeramente pediculadas, y suelen tener el volúmen de un guisante. En ciertos casos son mas voluminosos, separados, vexiculares y no pediculados, gruesos como granos de mostaza, blanquecinos, pero trasparentes, á veces suelen tener el volúmen de un cañamon y aun el de una lenteja (Chomel); pero estos casos son muy raros. La superficie granulosa sangra por lo comun con mucha facilidad, ya sea por el contacto del dedo, ya cuando la extremidad del espéculum las roza en el acto del reconocimiento, otras veces se produce la salida de la sangre con solo los esfuerzos de la defecacion.

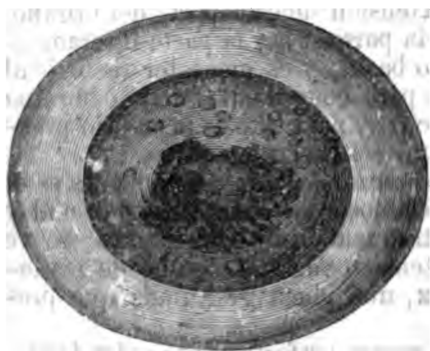


Fig. 18.—Concrecion granulosa; ulceracion superficial; congestion sanguínea del hocico de tenca. Dismenorrea curada. (Boivin y Duges, *Atlas*, lámina XXVII, fig. 2.)

Cuando las granulaciones son el resultado de una inflamacion crónica, son pequeñas, duras y blanquecinas, á veces blandas y rojizas, presentando otras un aspecto miliar en la superficie del cuello uterino (fig. 18).

De cuando en cuando se encuentran, como consecuencia de la inflamacion del cuello, pústulas. En muchos casos observados por Fl. Churchill (5) representan el aspecto de las pústulas variólicas; al cabo de algun tiempo se rompen y dejan en su lugar una pequeña ulceracion mas ó menos ancha, pero siempre superficial. Simpson ha observado

(1) Boivin et Dugès. *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris 1833, t. II, página 332.

(2) Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques de la matrice*, p. 84.

(3) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 334.

(4) Chomel, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXX, p. 255.

(5) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, p. 304. Paris, 1866, trad. franç. de Wieland et Dubrisay.—Voyez comparativement les divers *Traités des maladies des femmes*, par Becquerel, Nonat, etc.

tambien sobre el cuello uterino, gran número de erupciones eritematosas, vexiculosas, pustulosas, papulosas ó tuberculosas.

Se debe aprovechar este exámen por el espéculum para asegurarse al mismo tiempo de si el resto del cuello del útero se halla en estado normal, si está ó no tumefacto, etc.

El síntoma que mas llama la atencion en la enfermedad de que tratamos es el *flujo blanco*, y él es el que mas obliga á las mujeres afectadas de granulaciones uterinas á pedir los auxilios de la ciencia. El exponerlas de nuevo en este lugar seria caer en repeticiones inútiles, y únicamente recordaremos que consisten en trastornos digestivos mas ó menos considerables (repugnancia á los alimentos, inapetencia, digestiones laboriosas, gastralgia y enteralgia), en un estado de manifiesta languidez, á veces en enflaquecimiento y dolores nerviosos. Algunas veces estos síntomas han llegado al mas alto grado, y se puede asegurar que están casi siempre en relacion con la abundancia del flujo. Hemos observado últimamente en una mujer que padecia esta enfermedad un fenómeno que no es frecuente, á saber: unos *pequeños escalofrios* casi contínuos y molestos que se sentian en todas las partes del cuerpo sin excepcion.

No es raro ver que las mujeres que presentan granulaciones uterinas se hallan afectadas de *dismenorrea;* mas rara vez hay al mismo tiempo *amenorrea*, y cuando existe está muy distante de ser cierto que reconozca por causa estas granulaciones.

El estado granuloso del cuello coincide en algunas mujeres con la esterilidad. Esta es fácil de concebir cuando se reflexiona que la tumefacion de la membrana mucosa que cubre la superficie interna del orificio del hocico de tenca, y la presencia en este orificio de cierta cantidad de moco viscoso y adherente, sean de naturaleza tal que opongan un obstáculo á la fecundacion, impidiendo la penetracion del esperma en la cavidad uterina (Chomel). Algunas veces, por el contrario, el *cuello está dilatado*. En cierto número de casos á lo menos, el mas atento exámen no descubre ninguna otra lesion orgánica, ningun cambio de posicion de la matriz que pueda explicar la falta de concepcion, y lo que tiende todavía á probar mejor la influencia de las granulaciones del cuello, es que se ven mujeres atacadas de esta afeccion que han sido estériles durante muchos años de matrimonio, y se hacen embarazadas despues de la curacion.» Insisto sobre este hecho porque prueba cuánto importa curar estas granulaciones uterinas. Hemos observado un ejemplo muy notable, en el que la concepcion se verificó muy poco tiempo despues de la curacion (Bennet). Sin embargo, se puede decir que en muchas mujeres no parece que este es un obstáculo insuperable. De todos modos convendria que se hiciesen investigaciones mas exactas sobre este punto.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de las granulaciones uterinas es esencialmente crónico. Esta lesion pasaria largo tiempo desapercibida y haria sordamente sus progresos ó permaneceria estacionaria, si el flujo blanco y los síntomas no indujesen á las mujeres á que se las reconozca, y por consiguiente á someterse á un tratamiento apropiado. Tambien sucede con frecuencia que pasan así las cosas durante mucho tiempo, porque tomándose el flujo blanco por una *leucorrea* simple, el médico descuida el exámen directo.

La *duracion* de la enfermedad es sumamente larga cuando no viene á abreviarla el tratamiento, y puede persistir durante muchos años. Se puede decir que esta afeccion no tiene tendencia á *terminarse* por la curacion, á lo menos mientras las mujeres están todavía regladas. Despues de la edad crítica todo induce á creer que en la mayor parte de los casos desaparecen las granulaciones, porque entonces se encuentran muy pocos ejemplos de esta afeccion. Por lo demás, no se debe temer una terminacion funesta, pues no hay ni un solo ejemplo auténtico de degeneracion de esta lesion en enfermedad orgánica profunda.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La inspeccion cadavérica no nos ha enseñado nada nuevo, sino el grado de penetracion de las granulaciones en el cuello, que nunca hemos visto pasar de centímetro y medio.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La leucorrea, la dismenorrea, los trastornos de la digestion, y la irritacion nerviosa pudieran hacer sospechar la existencia de esta afeccion, pero no darnos certidumbre. Hemos visto tambien que el tacto no daba una sensacion particular sino en ciertos casos, pero examinando las enfermas con el espéculum, se forma bien pronto un diagnóstico exacto. Efectivamente, las únicas lesiones con que se pudieran confundir las granulaciones superficiales, son las simples rubicundeces ó coloracion roja del cuello, y las erosiones ó las úlceras simples superficiales.

Las *coloraciones rojas* del cuello se presentan ordinariamente en la época de las reglas, y algunas veces despues de los excesos en el cóito; en este caso no son otra cosa que simples equímosis, tienen un aspecto violáceo, la mucosa está lisa en su superficie y no tardan en desaparecer. Las *erosiones*, igualmente que las *coloraciones rojas*, tienen su asiento indiferentemente en las diversas partes del hocico de tenca; son generalmente de un color rojo mas vivo, y no presen-

tan el aspecto granulado, y no forman relieve, antes por lo comun son deprimidas, lo que se puede fácilmente comprobar examinando sus bordes. Las *ulceraciones simples*, que son raras, y que no son sino la exageracion de las erosiones, presentan los mismos caractéres distintivos en el mas alto grado. Todas estas lesiones están acompañadas en ciertos casos de una inflamacion del cuello del útero perfectamente descrita en estos últimos tiempos por Bennet (1), quien ha señalado un síntoma del que no se habia hecho hasta el presente bastante aprecio, cual es la *dilatacion del orificio y de la cavidad del cuello*.

Pronóstico.—No se puede decir que el pronóstico sea grave; sin embargo de que tampoco es de olvidar lo que hemos dicho acerca de la tendencia de la enfermedad á perpetuarse, de las grandes incomodidades que ocasiona, y del obstáculo que opone á la concepcion.

§ VII.—Tratamiento.

El *tratamiento antiflogístico* no tiene ninguna ventaja empleado contra las granulaciones, á no ser que exista alguna complicacion. La medicacion que conviene realmente á esta enfermedad, y que cuando está bien dirigida produce siempre la curacion, es la *cauterizacion*, que se puede practicar con diversas sustancias, y en primer lugar con los *cáusticos líquidos*, tales como el *nitrato ácido de mercurio*, el *ácido nítrico*, el *ácido sulfúrico*, etc. Por medio de estos cáusticos se han observado curaciones incontestables, y no se puede decir que se los deba proscribir. Pero convendria establecer por la observacion, y no por raciocinios, antes de recomendarlos exclusivamente, como han hecho algunos autores, que tienen mas ventajas, que curan mas pronto y con mas seguridad que los cáusticos sólidos. Seria preciso, repetimos, hacerlo así, porque los cáusticos líquidos pueden derramarse en la vagina y ocasionar dolores vivos, y porque al emplearlos no se puede medir tan bien como los otros la profundidad de la cauterizacion, sea que el pincel esté un poco mas ó menos humedecido, ó que la cauterizacion sea mas ó menos activa.

El *nitrato ácido de mercurio* es el que se emplea con mas frecuencia. Para practicar la cauterizacion con este líquido se usa el espéculum cilíndrico, con el cual se abraza bien el hocico de tenca, se limpian las mucosidades del cuello, ya con un lechino de algodon puesto en un mango, ya por medio de una pequeña inyeccion, despues por medio de un pincel de hilas, cuyas hebras se hayan cortado muy cortas, y de mango largo, y que se escurre despues de haberle mojado en el ácido, se toca el punto dañado apoyando ligeramente poco tiempo. Hecho esto, y sin sacar el espéculum, se hace una inyeccion sobre el cuello para arrastrar la parte del líquido que to-

(1) J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*.

[illegible] [illegible] la ma- [illegible] casi abso- [illegible] descuidarse [illegible] haya resulta- [illegible]

[illegible] la *potasa* [illegible] y el *nitrato de plata* [illegible] generalmente [illegible]. El *cáustico de Viena* [illegible] preparacion par- [illegible] enfermedad de que nos [illegible] cáustico tan poderoso, y el *nitrato de plata*, cuando se emplea convenientemente y con la [illegible], llena todas las condiciones que son de desear.

La cauterizacion por medio del nitrato de plata no presenta ninguna dificultad, y se puede practicar con toda expecie de espéculum. Para esto [illegible] el cilindro del nitrato de plata, con que se recorre la [illegible] granulosa. Siempre es bueno traspasar los límites de esta [illegible], y no hay ningun inconveniente en tocar toda la superficie del cuello y de la parte superior de la vagina. Es menester sobre todo *cauterizar las granulaciones en el interior mismo del cuello*, introduciendo el cáustico dos centímetros próximamente. Si no se tiene esta precaucion hay peligro de no destruir toda la enfermedad y perpetuar la enfermedad.

En gran numero de casos, la cauterizacion con una solucion de nitrato de plata sobre la superficie enferma por medio de un pincel [illegible], el líquido cáustico tiene la ventaja de penetrar de un modo mas general los diversos puntos de la superficie enferma, mejor que lo pudiera hacer el nitrato de plata sólido. La solucion mas habitualmente empleada es la siguiente:

℞ Nitrato de plata cristalizado. 10 gram. | Agua destilada.......... 90 gram.

La cauterizacion no tiene ningun inconveniente, y el tratamiento tiene igualmente un resultado feliz cuando se vigilan las complicaciones subsiguientes.

La cauterizacion por el nitrato de plata debe hacerse primero dos veces por semana, y despues cada ocho dias hasta el fin del tratamiento, que dura ordinariamente de seis semanas a dos meses.

Para auxiliar a este tratamiento se ha recurrido a las *inyecciones* detersivas o astringentes con el [illegible], al cocimiento de la [illegible] *de nogal*. Algunos médicos quieren tambien que se [illegible] en la vagina un tapon de [illegible] o una esponja pequeña empapada en estos líquidos. [illegible]

[illegible]

que ha seguido este consejo, ha visto que las mas veces incomodaban estos cuerpos extraños, ocasionaban dolor é irritaban el cuello del útero y la vagina. Las mismas reflexiones se aplican á los *astringentes reducidos á polvo* y aplicados al cuello de la matriz por medio de un lechino de hilas.

Se ha aconsejado emplear únicamente los astringentes con un objeto curativo, y para hacer que su efecto sea mayor se han lanzado con fuerza las inyecciones sobre el cuello, teniendo colocado el espéculum. No tenemos datos que puedan darnos á conocer con exactitud el valor de este tratamiento, y por consiguiente basta mencionarle, sobre todo cuando acabamos de exponer otro cuya eficacia es incontestable. Habiendo usado en algunos casos en el hospital de Lourcine las inyecciones de cocimiento de hojas de nogal dirigidas con fuerza sobre el cuello, hemos visto algunas veces sobrevenir una mejoría manifiesta, pero siempre hemos terminado el tratamiento por la cauterizacion con el nitrato de plata.

Algunos médicos, suponiendo que las granulaciones del cuello son en algunos casos el resultado de un vicio herpético, prescriben el *agua sulfurosa en baños*, en *bebida* ó en *inyecciones:* otros han recomendado los *baños alcalinos;* pero todos estos medios, que son útiles como auxiliares, no pueden considerarse como curativos. Al mismo tiempo que se emplea la cauterizacion, si el flujo es muy abundante, se puede aplicar sobre el cuello un *tapon de hilas* secas, destinado á absorber la humedad, el cual se renueva frecuentemente: pero aunque se le haya querido considerar como un medio principal, no se le debe mirar igualmente que á los precedentes, sino como un simple medio auxiliar.

Finalmente, es necesario calmar los dolores nerviosos, dar los tónicos, los ferruginosos y los opiados para corregir los padecimientos del estómago, y emplear los medios convenientes para combatir la dismenorrea.

2.° EROSIONES DEL CUELLO DEL ÚTERO.

§ I.—Causas.

Se ha dicho que estas lesiones son debidas al paso contínuo de un moco alterado; pero Duparcque no ha observado esta relacion de la causa con su efecto: ha visto que la secrecion morbosa depende mas bien de estas erosiones que las produce. En un caso citado por Mahistel eran, segun todas las apariencias, ocasionadas por la *presencia de un pesario.*

§ II.—Síntomas.

Segun Fl. Churchill, se producen en toda edad, pero sobre todo despues del matrimonio, y suelen ser con frecuencia causa de esteri-

lidad. Si se producen despues de la concepcion, ó si una mujer se hace embarazada á pesar de esta lesion, es frecuente el observar el aborto como su consecuencia (Fl. Churchill, Witehead, J. H. Bennet). Existen tambien en la mayor parte de los casos de pólipos uterinos en los puntos en que el pedículo del cuerpo del pólipo toca el cuello del útero (Montgomery) (1). J. H. Bennet y Kennedy). Muchos casos de leucorrea pertinaz, que han resistido á todo tratamiento, son en realidad casos de erosiones del cuello.

Los signos que hacen sospechar la existencia de este género de afeccion, son una *sensacion de calor ardiente* y de *prurito molesto* en el fondo de la vagina, de *dolores vivos* del cuello del útero excitados por el contacto del dedo, y que hacen sobre todo el cóito muy doloroso. Pero el principal síntoma y el mas notable es el *flujo* mas ó menos abundante, que constituye la leucorrea, y el que por sí solo ha llamado hace largo tiempo la atencion de los prácticos; pero desde que se ha popularizado el uso del espéculum, se ha visto que muchos de estos flujos eran debidos á afecciones ulcerosas de la vagina y particularmente de la matriz. En este caso la materia no proviene solo de la superficie corroida; pues la irritacion que se irradia al resto del útero aumenta su secrecion, y este mismo producto, por su contacto con la vagina, excita y produce una irritacion en ella y altera el producto de la secrecion normal de este conducto. Pero este signo no es constante, y la supuracion puede no ser bastante abundante para que la materia perdida, por decirlo así, en el conducto vaginal, no llegue á salir fuera (Duparcque).

El *tacto*, además del dolor que produce, da á conocer la existencia de una ligera pérdida de sustancia, que se percibe hácia los bordes de la erosion. En efecto, se siente al pasar de la superficie sana á la superficie enferma una pequeña arista, que indica el principio de la ulceracion un poco deprimida.

A veces produce una sensacion parecida á la que produce el terciopelo, en cuyo caso las vellosidades se encuentran en disposicion parecida á los pelos de este tejido: otras veces están considerablemente hipertrofiadas (2).

Por medio del espéculum se ve una superficie de color rojo mas ó menos encendido, que tan pronto se halla en un labio como en otro, y algunas veces en ambos. Es irregular, y se distingue fácilmente la prominencia de sus bordes, que están rodeados de una aureola roja mas ó menos ancha.

El epitelio de la porcion externa del cuello y la porcion superior de la vagina puede faltar en todo ó en parte. Cuando falta el epitelio, la membrana mucosa está roja, intensa, porque las vellosidades están completamente descubiertas, y examinada la parte con el es-

(1) Montgomery, *Dublin Journal*, Agosto, 1846.
(2) Tyler Smith, *Medico-chirurg. Transact.* London, 1852, vol. XXX, p. 393.

péculum parece tomentosa y denudada. Otras veces, no solo falta el epitelio, sino las vellosidades del cuello, y los labios del orificio están destruidos por sitios, lo que da á la membrana mucosa el aspecto de una superficie destruida y corroida. A veces se perciben tambien algunas ulceraciones circunscritas, extendiéndose otras veces al interior del útero (Tyler Smith).

Siendo el flujo que acompaña á estas erosiones ordinariamente bastante abundante, resultan con frecuencia síntomas semejantes á los que se acaban de indicar al tratar de las granulaciones.

§ III.—Tratamiento.

El tratamiento antiflogístico conviene mas á las erosiones que á las granulaciones del cuello del útero, y se recurre á él, como hace notar Duparcque, cuando la erosion tiene un «color rojo encendido, está sensible, dolorosa y situada sobre un fondo infartado, en estado de congestion ó inflamado. Cuando la enferma es jóven y robusta, continúa este autor, se empieza por una *sangría*, se la somete á un *régimen atemperante*, se hacen frecuentemente y con suavidad *inyecciones de líquidos mucilaginosos* y *narcóticos* á temperatura baja, tales como el cocimiento de *raíz de malvabisco*, ó de *semilla de lino* y de *cabezas de adormideras*, ó se las reemplaza por *cataplasmas permanentes*; tambien convienen los *baños generales* y *de asiento casi frios*.

»Al mismo tiempo es necesario evitar todo cansancio, alejar las causas que han producido ó sostienen la erosion, y se recomienda principalmente la *quietud absoluta de los órganos*, así como vigilar las evacuaciones alvinas, prescribiendo un *régimen apropiado* (Duparcque).

Cuando la inflamacion es poco intensa, ó cuando esta se ha calmado notablemente por los medios que se acaban de indicar, se ha recurrido al tratamiento que he expuesto mas detalladamente al tratar de las granulaciones.

3.° ULCERACIONES SIMPLES.

§ I.—Definicion.

Con el nombre de ulceraciones simples, ó de *úlceras benignas* del cuello de la matriz se designan las pérdidas de sustancia mas profundas que las precedentes, y que no son debidas al cáncer uterino. Esta afeccion es rara; puesto que Duparcque y Teallier solo refieren algunos ejemplos. Es cierto que el primero de estos dos autores describe con el nombre de *úlcera cancroidea* una afeccion cuya naturaleza está mal definida, y que segun todas las apariencias no es mas que una de estas úlceras que se ha hecho mas profunda, y que tiene

su asiento el útero crónicamente inflamado ó endurecido, y que por consiguiente ha adquirido un aspecto particular.

§ II.—Causas.

Se ha atribuido su produccion á los *excesos en el cóito* y á la presencia de *cuerpos* extraños; pero no se conoce bien el grado de accion de la primera de estas causas. Tambien se ha indicado como causas los *vicios herpético*, *escrofuloso* y *escorbútico;* pero no puedo menos de decir aquí que los hechos son insuficientes para hacernos apreciar la influencia de estas causas. Apénas han citado los autores una ó dos observaciones, y es notable que en estos casos se pudiera atribuir á la accion del *virus sifilítico*, mas bien que á la de los herpes, el escorbuto y las escrófulas.

§ III.—Síntomas.

Las úlceras de que se trata son *dolorosas*, *dan sángre* y producen un *flujo* con frecuencia muy abundante.

Por el *tacto* se aumenta el dolor, se provoca el flujo de cierta cantidad de sangre, y se percibe una *pérdida de sustancia* bastante considerable, puesto que se ha visto destruido uno de los labios del cuello. Sin embargo, no debemos atenernos siempre á las apariencias, porque existiendo siempre la inflamacion en una parte tumefacta y abotagada, parece mas profunda que lo que es la realidad. Su superficie se presenta ordinariamente blanda al tacto y con bastante frecuencia desigual.

Por medio del espéculum se ve el cuello aumentado de volúmen, de color rojo oscuro, y en uno ú otro de los labios una *úlcera* comunmente irregular, de bordes hinchados, de superficie de color rojo oscuro, de donde fluye una corta cantidad de sangre así que se la toca ya con el espéculum, ya con alguna fuerza con el pincel.

Los demás síntomas son semejantes á los de las granulaciones y á los de la metritis crónica del cuello, por consiguiente, es fácil representarse el cuadro de ellos.

§ IV.—Tratamiento.

Cuando la úlcera duele mucho y está muy inflamada, se debe usar el tratamiento antiflogístico recomendado para las erosiones que se hallan en el mismo caso.

Si la úlcera es poco dolorosa se emplean los astringentes, y principalmente la *cauterizacion*. Al tratar de las lesiones precedentes no he indicado la *cauterizacion con el hierro candente*, que han usado algunos prácticos, particularmente Jobert (de Lamballe), quien ha obtenido buenos resultados de ella en el tratamiento de diversas enfer-

medades del útero. Las erosiones y las granulaciones se curan demasiado bien por los medios indicados para que sea necesario recurrir á la cauterizacion, que asusta mucho á las enfermas. Pero cuando se trata de las úlceras profundas, cuyos caractéres acabo de exponer rápidamente, se pueden hallar casos en que sean insuficientes estos medios, y entonces el cauterio actual es un recurso precioso. Cuando la úlcera presenta un aspecto fungoso y da sangre con facilidad, entonces es principalmente cuando es útil este medio, y procura en poco tiempo una completa curacion (en tres semanas ó en un mes, durante los cuales se hacen dos, tres ó cuatro cauterizaciones). Esta cauterizacion no produce mas dolor que las otras, y con ciertas precauciones no tiene ningun peligro. Pero ya volveremos á hablar de esto mas adelante y mas detalladamente.

4.º ÚLCERAS SIFILÍTICAS.

Las úlceras secundarias, únicas de que aquí nos ocuparemos (1), no tienen, como tampoco las que se observan en otra parte, y expecialmente en la faringe, caractéres que sirven constantemente para distinguirlas. En todos los casos en que se las ha podido diagnosticar, se ha logrado, recurriendo á los datos suministrados por las enfermas, teniendo en consideracion el carácter rebelde de la lesion, investigando si existian ó no en otras partes del cuerpo vestigios de sífilis constitucional, y en fin, guiándose por los efectos del tratamiento. Pero basta indicar estas fuentes del diagnóstico para trazar al práctico la conducta que debe seguir.

Cuando hay motivos para creer que la úlcera es de naturaleza sifilítica, se somete á la enferma al *tratamiento mercurial*, se prescribe el *ioduro de potasio*, y en una palabra, se ponen en uso los medios que hemos indicado tantas veces al hablar de las úlceras sifilíticas, teniendo cuidado, sin embargo, de no descuidar el *tratamiento local*, (inyecciones, cauterizaciones y calmantes que ayudan al tratamiento expecífico), y de combatir, si hay necesidad, por el tratamiento antiflogístico los accidentes inflamatorios.

ARTÍCULO VIII.

METRITIS AGUDA SIMPLE.

Aunque hemos dividido la metritis en *externa*, *interna* y *parenquimatosa*, consagramos el presente artículo á la forma que se designa con el nombre de *metritis aguda simple;* no porque sean comunes los casos de este género, sino porque conviene tener pronto estos casos raros en que se afectan simultáneamente los elementos

(1) Para las *Ulceras primitivas*, véase tomo I, artículo Sífilis.

del órgano y en los que es imposible localizar la afeccion en un tejido particular.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se debe entender por la palabra *metritis simple aguda* toda inflamacion mas ó menos generalizada del útero que se produzca fuera del estado de preñez ó del puerperio.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—*Edad.*—En concepto de la mayor parte de los autores, la enfermedad de que tratamos es muy rara antes de la pubertad y despues de la cesacion de las reglas. Por el contrario, segun Lisfranc, es frecuente durante los primeros años que siguen á esta cesacion. Pero este autor no entra en los detalles de los hechos, y funda su opinion en consideraciones puramente teóricas.

Una *alimentacion irritante*, los medicamentos estimulantes, los emenagogos, y el abuso de las bebidas alcohólicas, han sido incluidas tambien entre estas causas, pero con menores pruebas todavía si es posible que las anteriores.

J. H. Bennet (1) admite sobre todo como causa predisponente una expecie de *debilidad* ó *susceptibilidad* natural del útero en ciertas mujeres, debilidad que se traduce por el establecimiento difícil de los ménstruos, su irritabilidad en los primeros años, su disminucion ó su sobrada abundancia; en fin, por el dolor que á veces les acompaña.

La accion está tan poco demostrada que ha sido necesario, en casi todos los casos, admitir una predisposicion expecial cuya naturaleza nos es del todo desconocida.

2.° *Causas ocasionales.*—Casi todas las causas ocasionales, cuya influencia está bien probada, pueden considerarse como *violencias externas*. Así, pues, el abuso del cóito, la desproporcion del pene, los golpes recibidos en el hipogástrio, las caidas que producen una conmocion en los órganos de la pélvis, las heridas, las maniobras para provocar el aborto, las operaciones hechas en la matriz, son causas que obran mas ó menos directa y materialmente, y cuya existencia no es dudosa.

Indicaremos tambien las *inyecciones frias* con frecuencia repetidas, las *inyecciones irritantes* y la *supresion de las reglas*.

§ III.—Sintomas.

Los *síntomas* de la metritis aguda simple no se diferencian de la

(1) J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, etc.*, Traduit par Michel Peter. Paris, 1864.

congestion sanguínea cuando se ha extendido la enfermedad á todo el órgano, sino por su mayor intensidad, por el movimiento febril que las acompaña, y que es siempre mas marcado que en los casos poco frecuentes en que existe algo de fiebre con la simple congestion, y por último por un flujo en el que los autores no han fijado bastante la atencion.

Si la inflamacion no ocupa sino la superficie externa del útero, y con mayor razon si se halla fija en la cavidad del cuello, el *dolor* es poco intenso y limitado al órgano enfermo; pero no sucede lo mismo en las condiciones opuestas. El dolor es entonces profundo, gravativo, contínuo, con exacerbaciones mas ó menos frecuentes, durante las cuales se puede extender á los lomos, al ano, á las íngles y á los muslos. Es muy raro que en la metritis aguda simple sea este dolor bastante vivo para obligar á las enfermas á mantener las piernas dobladas sobre la pélvis, como lo indica Duparcque, pues este síntoma solo se ha visto en tan alto grado de intensidad en la *metritis puerperal.*

Uno de los síntomas mas constantes es un *peso* incómodo en el periné con una sensacion de tension en la pélvis. Si la enfermedad tiene cierto grado de intensidad, de este síntoma es del que se quejan mas las mujeres.

El *dolor se aumenta notablemente por la presion*, que cuando sea posible debe ejecutarse de tres maneras. Palpando el *hipogástrio* se exaspera el dolor, que tiene su asiento en el cuerpo del útero; pero algunas veces la hinchazon es poco considerable, y es necesario comprimir fuertemente para llegar hasta el órgano afectado. Entonces se debe practicar el *tacto por el recto*, que permite reconocer mas exactamente el estado del cuerpo de la matriz. El *tacto vaginal* produce algunas veces un dolor muy vivo que tiene por carácter, cuando se trata de una metritis aguda, el ocupar toda la extension del cuello del útero.

Por estos mismos medios de exploracion es como se reconoce la existencia de una *tumefacion* mas ó menos considerable, y si al mismo tiempo que se practica el tacto por la vagina se comprime el hipogástrio, se percibe el útero cogido entre las dos manos, lo que permite medir aproximadamente el volúmen al mismo tiempo que se aprecia mas exactamente todavía el grado de dolor que presenta.

Por el tacto vaginal se reconoce tambien la *dureza* ó *blandura* del cuello, caractéres que, segun los autores, pertenecen á la inflamacion de esta parte del órgano, sin que nadie haya tratado de determinar en qué diversas circunstancias se encuentran estados tan opuestos.

Por el tacto rectal, lo mismo que por el vaginal, podemos asegurarnos de que el cuerpo de la matriz está mas *duro* y mas *pesado* que en el estado normal, y se percibe el desarrollo de un *calor* que muchas veces es muy notable.

Existe, al mismo tiempo que los síntomas precedentes, un *flujo* mas ó menos considerable. Si los autores no hacen mencion de este flujo es porque la metritis simple, tal como la he definido anteriormente, es una enfermedad rara, y además el flujo, como en todas las demás afecciones de los órganos revestidos de una mucosa, falta ó es muy poco considerable al principio de la enfermedad, es decir, en la época en que se observan los diversos síntomas con mayor cuidado; todavía hay mas, la metritis sobreviene con frecuencia en mujeres que tenian flores blancas, y en las que es fácil pase desapercibido un ligero aumento del flujo; hé aquí suficientes motivos para que no se haya hecho bastante aprecio de este síntoma. Finalmente, por una confusion, que es de sentir, se han descrito simultáneamente la metritis simple aguda y la metritis que sigue mas ó menos inmediatamente al parto, y siendo en esta el flujo de los loquios un hecho natural, no se le puede distinguir convenientemente del que pertenece al estado normal y del que es producido por la inflamacion.

Hemos visto muchas veces una metritis sobrevenida fuera del puerperio, y en todos los casos hemos observado un flujo mucoso-purulento que provenia de la cavidad del cuello del útero, y que ha cesado cuando se ha disipado la inflamacion.

Por lo que llevamos dicho se ve que el flujo puede muy bien no aparecer en los primeros dias de la enfermedad. Algo mas tarde se observa un flujo poco espeso y que presenta mas ó menos el carácter seroso. Chomel (1) ha visto algunas veces en las circunstancias de que se trata un flujo rojizo, que es el único de que él hace mencion. Al cabo de pocos dias el flujo adquiere consistencia, se hace mocoso-purulento, y permanece en este estado si la afeccion pasa al estado crónico. Cuando la inflamacion se disipa, la materia segregada pierde poco á poco el aspecto purulento, y acaba por tomar el aspecto de la clara de huevo cruda, y es enteramente albuminosa.

Otro síntoma ha sido indicado por Herard: es una *metrorragia* mas ó menos abundante que relaciona la inflamacion con la congestion uterina.

De la inflamacion del útero llevada á su mas alto grado, resultan síntomas particulares. «A consecuencia de los vivos dolores que provoca todo movimiento directo ó indirecto en el útero inflamado, se ven las enfermas imposibilitadas de andar y aun de tenerse en pié, y cuando se sientan en la cama, lo que les es siempre muy penoso, inclinan el cuerpo de modo que tengan la region abdominal lo mas relajada posible. Acostadas, permanecen en decúbito supino, en cuya posicion pesa el útero menos en los órganos inmediatos. El paso de las materias fecales por el recto determina por lo comun dolores violentos en razon de sus relaciones con el útero. Esto se produce sobre todo cuando hay extreñimiento. Los materiales salen á veces cubier-

(1) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, t. XXX, art. UTÉRUS (*Inflammation de l'*).

tos de moco.» (Bennet). Este último síntoma se manifiesta especialmente cuando la inflamacion se propaga al tejido celular retro-uterino.

A los síntomas locales que se acaban de describir se agregan *síntomas generales*, por lo comun *poco intensos*. Algunas veces son tan leves, que si las mujeres no se fatigan, es difícil reconocer que existen. Se ha dicho que esta falta de síntomas generales se observa principalmente en los casos en que la cavidad uterina está atacada superficialmente, y en que existe, como se ha dicho, un simple *catarro uterino*. El hecho es cierto, pero no se debe creer que acompañe necesariamente un movimiento febril notable á la metritis simple aguda: en uno de los casos que he citado mas arriba, no habia una fiebre marcada, aunque existiesen manifiestamente los demás síntomas de la inflamacion del tejido de la matriz. Como en otras muchas flegmasías, cuya historia hemos presentado, la reaccion febril está subordinada á la manera mas ó menos rápida con que se ha declarado la enfermedad.

Si damos tan poca importancia á la fiebre en la metritis, en oposicion á los autores que la descripcion de la metritis con movimiento febril intenso se aplica casi siempre á la inflamacion que sobreviene despues del parto, y en cuyo caso no está la afeccion en estado de simplicidad.

De todas estas variedades no hay mas que una que sea realmente importante, cual es la *metritis del cuello;* pero no presenta nada de particular, sino que los síntomas indicados están limitados á esta parte visible del órgano.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la metritis simple es contínuo. Ya hemos visto que habia momentos de exacerbacion, pero no se observa una verdadera intermitencia. Su duracion no se halla aun convenientemente determinada, pero en cierto número de casos que he examinado no ha pasado de dos setenarios. Se ha hablado de la *terminacion* por supuracion y gangrena, pero esto siempre ha sucedido así en los casos de metritis puerperal, y aun es preciso notar que casi siempre ocurre en casos de *fiebre puerperal*, afeccion expecial de la cual la metritis solo forma una parte, y de la que me ocuparé mas adelante. En efecto, se puede decir que la metritis simple aguda se termina de una manera favorable en la mayor parte de los casos, y que si es necesario admitir con los autores que puede degenerar en metritis crónica, se debe á lo menos reconocer que esta terminacion es muy rara; pero ya volveremos á tratar de este punto en artículo aparte (1).

(1) Véase FLEMONES PÉRI-UTERINOS.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No debemos citar como lesiones anatómicas pertenecientes en propiedad á la metritis simple aguda, mas que la hinchazon, la rubicundez, la friabilidad y el tejido de la matriz. Esto no quiere decir que no pueda la supuracion ser la consecuencia de una metritis simple muy aguda; pero los casos de este género son tan raros, que deben incluirse entre las excepciones.

La terminacion por *hipertrofia* ó *induracion*, aunque rara, debe indicarse. Segun Fl. Churchill, puede consistir, ya en un acrecentamiento temporal del volúmen por un aflujo considerable de líquido, ya en un aumento permanente de los mismos tejidos. La textura del órgano es mas ó menos dura, y segun que la induracion es temporal ó permanente, la coloracion puede ser rojiza ó agrisada (1).

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Ya hemos visto anteriormente que los síntomas de esta afeccion se parecen mucho á los de la simple *congestion uterina*. Por consiguiente nos podemos ver perplejos cuando se trate de determinar cuál de las dos afecciones hay que combatir, y es preciso convenir que en el estado actual de nuestros conocimientos, hay casos en que es muy difícil resolver la cuestion. Hé aquí en lo que deberá el médico fijar la atencion. La metritis es con mas frecuencia producida por una causa externa que la simple congestion, y se acompaña ordinariamente de cierto movimiento febril, no se desarrolla casi constantemente en la época de las reglas, como la congestion, ocasiona dolores mas vivos, ya expontáneos ya á la presion, no termina por una hemorragia mas ó menos abundante, y por último produce mas constantemente un flujo, que siendo al principio de apariencia serosa, se hace mas pronto ó mas tarde mucoso-purulento.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO (Becquerel).

CONGESTION UTERINA AGUDA.	METRITIS AGUDA SIMPLE.
1.° Invasion casi siempre rápida y siguiendo con frecuencia á la supresion repentina de los ménstruos.	1.° Invasion mas lenta, mas progresiva, por rápida que sea.
2.° Tumefaccion menor del útero.	2.° Tumefaccion del útero mas caracterizada.
3.° La mayoría del tiempo ausencia de sensibilidad del útero á la palpacion, á la presion, al tacto vaginal y rectal.	3.° Aumento muy intenso de la sensibilidad bajo la influencia de los medios de exploracion.

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, traduccion francesa por Wieland y Dubrisay. Paris, 1866, p. 320.

4.º Los dolores se manifiestan bajo la forma de cólicos ó retortijones (retortijones uterinos).	4.º Dolor contínuo, menos intenso, irradiándose solamente cuando la palpacion, la presion y el tacto le exageran momentáneamente.
5.º Ausencia de flujo, á lo menos que no existiera anteriormente.	5.º Flujo bien caracterizado.
6.º Ausencia de fiebre.	6.º Fiebre y fenómenos de reaccion.
7.º Curacion con frecuencia brusca y rápida como la invasion.	7.º Nada semejante; la resolucion, aunque llegue á ser rápida, tarda algun tiempo en verificarse.
8.º Fenómenos críticos muy frecuentes y caracterizados por el restablecimiento de los ménstruos ó por una hemorragia uterina.	8.º Fenómenos críticos muy raros, ó al menos muy dudosos.

En cuanto á los *abcesos del útero*, á la *peritonitis*, á la *ovaritis* y aun á la *cistitis*, que la mayor parte de los autores han creido que se podian confundir con la enfermedad de que tratamos, debemos decir que estas afecciones tienen caractéres tan diversos, que no es de temer la confusion, pues basta simplemente hacer la exploracion de la manera indicada mas arriba; y únicamente diré, relativamente á la *cistitis*, que un buen medio de distinguirla de la *metritis* consiste en comprimir con el dedo sobre la pared véxico-vaginal; de esta manera se hace aparecer el dolor cuando la vejiga está inflamada, siendo así que comprimiendo sobre el útero se reconoce que este órgano conserva su sensibilidad normal. Hay otra afeccion incompletamente conocida, cuyo diagnóstico diferencial es de suma importancia, tal es la *inflamacion peri-uterina*.

El *pronóstico* no es grave; así es que no he encontrado un solo caso auténtico de terminacion funesta de la metritis simple aguda; y en cuanto á su paso al estado crónico, ya hemos visto cuán raro es.

§ VII.—Tratamiento.

Basta decir que se debe usar la *sangría* mas ó menos repetida; aplicar *sanguijuelas* al hipogástrio, á las *ingles* y al *ano;* prescribir los *baños*, las aplicaciones é inyecciones *emolientes*, los *narcóticos*, un *régimen severo*, y sobre todo una *quietud absoluta*. Estos medios bastan para hacer cesar prontamente los síntomas leves de reaccion, y bien pronto desaparecen por sí mismos los síntomas locales.

En cuanto á las *fricciones mercuriales* y á los *revulsivos* de todas especies, á los *vomitivos*, etc., siempre se han administrado en casos de metritis puerperal, y no debo ocuparme de ellos aquí.

Bayle (1) ha referido una observacion titulada «Metritis curada *por el emético* y los baños;» pero los síntomas indicados son insuficientes para caracterizar la enfermedad, y por consiguiente nada podemos deducir de ella.

(1) Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 296.

ARTÍCULO IX.

METRITIS INTERNA.

De todas las afecciones inflamatorias del útero, la de la membrana interna es una de las mas comunes. Ya sea completamente superficial ó afecte en mayor ó menor profundidad el parénquima del órgano, ya esté limitada á la cavidad del cuerpo ó la del cuello, ó se extienda á ambas á la par; solo constituye una expecie que reclama suma atencion.

A ejemplo de Velpeau, Scanzoni, Nonat, no distinguiremos ni la metritis del cuerpo, ni la del cuello, ni trazaremos límites entre las formas agudas y crónicas, casi imposibles de distinguir á la cabecera de las enfermas. La *metritis interna* es *una*, y las pequeñas modificaciones debidas á localizaciones ó á una marcha particular, no imprimen sino ligeras alteraciones en la aplicacion del tratamiento local.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se entiende por el nombre de *metritis interna* toda inflamacion que ocupe primitiva ó consecutivamente la superficie interna del útero, con ó sin complicaciones, con estados patológicos del tejido muscular del órgano y alteracion del cuello, sobreviniendo fuera del estado de embarazo ó en el curso del puerperio.

Se designa esta afeccion con los nombres de *inflammatio uteri*, *inflammatio uterina*, *hysteritis*, *metritis*, *catarro uterino;* es la misma que se ha descrito con el nombre de *metritis aguda ó crónica*.

No poseemos dato alguno sobre su frecuencia absoluta; mas adelante expondré su frecuencia segun las edades.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—El cuadro siguiente (1) hará conocer la proporcion de los casos de metritis segun las edades; no se trata de la época de la invasion, siempre difícil de apreciar, sino aquella en que es llamado el médico y en la que puede comprobarla.

Los datos se han tomado de 300 observaciones:

De 10 á 15 años.	De 15 á 20 años.	De 20 á 25 años.	De 25 á 30 años.	De 30 á 35 años.	De 35 á 40 años.	De 40 á 45 años.	De 45 á 50 años.	De 50 á 55 años.	De 55 á 60 años.
2	33	77	78	47	36	13	11	2	1

(1) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1860, p. 59.

Basta considerar este cuadro para convencerse de que las flegmasías uterinas tienen su máximum de frecuencia de quince á cuarenta y cinco años, es decir, durante el período menstrual ó genital de la vida de la mujer. Y de este período la edad en que la mujer está mas expuesta á la metritis es de veinte á treinta años, que es la edad en que las funciones genitales se verifican con mas actividad, y en la que las relaciones sexuales son mas frecuentes y los embarazos mas numerosos (Nonat). Sin embargo, causas independientes de las funciones genitales pueden aumentar la cifra de las metritis en diversas épocas de la vida.

Herencia.—Lisfranc, Alfonso Robert y Nonat citan casos en que han asistido á madre é hijas, ó á varias hermanas en afecciones semejantes del útero, lo que estableceria el hecho de la herencia si las observaciones se multiplicaran.

Temperamento, constitucion.—«Seria muy difícil de apreciar de un modo exacto la influencia que puede tener el temperamento sobre la génesis de las flegmasías uterinas. Sin embargo, es cierto que las mujeres dotadas de temperamento linfático y las que su sangre está empobrecida, están mas expuestas que las que gozan de temperamento sanguíneo, lo que parece explicarse por las alteraciones ó irregularidad de la funcion menstrual en la primeras. No se ha comprobado que las rubias estén mas expuestas que las demás (Nonat).

La metritis es un poco mas comun en las mujeres indigentes que en las bien acomodadas, quizá por la doble influencia del vicio y de la miseria (Nonat).

El uso de sustancias estimulantes, como los *emenagogos*, debe figurar en la categoría de las causas predisponentes, lo mismo que ciertas prácticas, como las *inyecciones vaginales*, los *baños de asiento*, los *pediluvios*. Se indica tambien, sin suficiente demostracion, el uso de los *corsés*. En fin, se hace constar sin suficientes pruebas la influencia de los *climas templados*, las *estaciones frias* y la *permanencia en las grandes poblaciones*.

Estas causas, tan comunes á un número tan grande de mujeres, y que están tan lejos de producir los mismos efectos, solo pueden tener una accion positiva en virtud de una disposicion particular, y las diátesis reumática, tuberculosa, herpética y tuberculosa tienen, segun Bazin, Tillot y V. Racle, la mayor parte en la produccion de las metritis internas, una causa ocasional basta entonces para que la influencia morbosa prexistente localice su accion en el útero, como lo haria en cualquier otro sitio sometido á esta accion excitadora.

2.° *Causas ocasionales.*—Toda causa capaz de *aumentar* ó de disminuir la congestion sanguínea que se produce en la *época menstrual*, puede determinar el desarrollo de la metritis. Con esta razon se aconseja durante este período evitar todas las influencias capaces de alterar la menstruacion, como los emenagogos, los purgantes, las sangrías, los baños de piés y aun las emociones morales.

Los *partos* desempeñan un papel principal en la produccion de la metritis crónica (Duparcque). Sin embargo, de veintidos casos que hemos reunido, no se puede atribuir la enfermedad sino once veces á esta causa (parto ó aborto), y aun en algunos la metritis crónica se ha declarado definitivamente bastante tiempo despues de los partos para que se pudiese tener alguna duda. Este número es, sin embargo, bastante considerable para confirmarnos en la opinion que poco hace emitimos, á saber: que las mujeres que han tenido hijos se hallan en la condicion mas favorables para el desarrollo de la enfermedad.

Se ha dicho que el *andar demasiado pronto despues del parto*, y particularmente el entregarse á *fatigas* considerables poco tiempo despues del parto ó de un aborto, es una de las causas mas activas de la enfermedad. En efecto, esto es lo que se ha verificado en dos casos. Este número es sin duda muy corto; pero en estos dos casos hubo tal relacion de la causa con su efecto que fué imposible desconocerla.

Un simple *aborto*, sin haber tenido despues grandes fatigas, ha dado lugar á la enfermedad en tres casos; y si se considera que el aborto es mucho mas raro que el parto de término, se debe convenir en que este número no deja de ser de alguna importancia.

Se ha incluido entre las causas de la metritis crónica, los *golpes recibidos* en el abdómen, las *caidas* de nalgas, sobre las rodillas, de piés ó sobre el vientre, las maniobras exigidas por un parto laborioso, todas las violencias externas que obran directa ó indirectamente sobre el útero, pero solo he hallado un ejemplo entre los hechos que he reunido, y aun en este caso, un golpe recibido en el vientre determinó el aborto, que, como acabamos de ver, puede por sí mismo ser la causa eficiente de la enfermedad.

Tambien se han citado en primera línea los *excesos en el cóito*. Creemos que se ha exagerado mucho la influencia de esta causa; en efecto, la metritis crónica se encuentra mucho mas rara vez en las mujeres públicas que lo que se debiera esperar si se mirase el hecho como cierto, y esta proporcion parecerá mucho menor aun si se reflexiona que estas mujeres están expuestas á otras muchas causas de inflamacion. En los hechos que hemos reunido, solo una vez se ha podido atribuir la enfermedad á esta causa.

En cuanto á la *masturbacion*, á los *excesos alcohólicos*, á los *ejercicios violentos*, etc., nos limitamos á mencionarlos, porque no se encuentra ningun hecho que demuestre la existencia de estas causas.

Tambien se ha hecho desempeñar un principal papel á las *causas morales*. Entre los hechos de que hemos sacado estos pormenores, no hay mas que tres en los que se haya reconocido su existencia; una vez fué un gran *susto* el que produjo una metrorragia seguida de metritis, y los otros dos casos fueron á consecuencia de grandes *pesadumbres*.

Entre las causas cuyos ejemplos tengo á la vista es preciso citar la *supresion de las reglas*. En un caso, habiéndose suprimido bruscamente las reglas á consecuencia de una viva emocion moral, sobrevino muy pronto una metritis crónica cuya duracion fué considerable. En otros tres casos la supresion fué gradual y sin causa conocida; pero se puede preguntar si cuando las reglas empezaron á disminuir no existia ya la inflamacion crónica, y si la supresion no era mas bien el efecto que la causa.

Se han citado hechos en los que la metritis crónica ha sido la terminacion de una *metritis aguda*, mas solo tenemos á la vista una observacion de esta expecie.

Tambien se ha atribuido la metritis crónica á la accion del *virus venéreo*; pero carecemos de noticias de las observaciones en que está fundada esta proposicion, á lo menos respecto de la metritis crónica simple.

La permanencia de *cuerpos extraños* en la vagina, las *operaciones* practicadas en el cuello ó el cuerpo del útero, como el *descenso del útero* para la extraccion de los pólipos, el *descubrimiento* del orificio útero-vaginal, las *cauterizaciones*, el *cateterismo uterino*, la aplicacion de los pesarios intrauterinos ó *enderezadores*, etc., son tambien causa de la metritis interna.

Nonat hace notar que los *deseos venéreos no satisfechos* y el *celibato* quizá no dejan de tener influencia en la produccion de las metritis en las jóvenes vírgenes. Añade que en estas últimas, la metritis ataca casi exclusivamente el cuerpo del útero, mientras que en las casadas, por razones fáciles de comprender, el cuello se afecta mas frecuentemente que el cuerpo.

En cuanto á las *desviaciones del útero*, si en algunos casos pueden considerarse como efectos de la metritis (véase A. Racle), en otros la cuestion de etiología queda muy dudosa (1).

§ III.—Síntomas.

Invasion.—Acabamos de ver que rara vez la metritis crónica es consecutiva á la metritis aguda. Casi siempre el principio de esta afeccion es oscuro, y por consiguiente todo induce á creer que en el principio la inflamacion hace progresos muy lentos, siendo los fenómenos que anuncian el desarrollo de la enfermedad, un peso incómodo en la pélvis, tiranteces en los lomos, y un flujo medianamente abundante.

Enfermedad confirmada.—1.° *Dolor.*—Con frecuencia es una sensacion de *tension*, á la que se agregan *tiranteces* en el abdómen, íngles y principalmente en los lomos. El aumento de volúmen de este órgano explica perfectamente estos fenómenos. En algunas cir-

(1) Véase mas adelante el capítulo de las DESVIACIONES DEL ÚTERO.

cunstancias los dolorores se hacen agudos, y entonces consisten en fuertes punzadas que atraviesan la pélvis, ó son dolores uterinos que se parecen á los que experimentan las mujeres durante el parto; pero no es seguro que los dolores de esta expecie deban referirse directamente á la inflamacion de la matriz. En efecto, se pudiera preguntar si no seria mas bien el resultado de congestiones sanguíneas mas ó menos frecuentes que vienen á complicar la enfermedad principal. Lo que induce á creerlo así es que estos dolores se manifiestan particularmente en las épocas menstruales, en que es tan frecuente la congestion sanguínea.

La *presion* aumenta notablemente los dolores, sin embargo, suele suceder que la palpacion hipogástrica, así como el tacto vaginal ó rectal no determine ningun dolor (Huguier) (1). En muchas enfermas el cóito se hace insoportable, por dolor que causa. El *andar*, el *estar en pié* y *sentada* largo tiempo, el *traqueteo de un carruaje*, los grandes movimientos del tronco, y las *fatigas* de toda expecie dan tambien por resultado el aumentar el dolor de un modo sensible.

Algunas enfermas no pueden sentarse por el dolor que experimentan en ambas ó en una sola de las tuberosidades izquiáticas. En la propension, el cuerpo suele inclinarse adelante, y por último, debemos notar la debilidad de las piernas que puede llegar á simular una paraplegia. La exploracion por el tacto rectal y el vaginal no suele despertar dolor, y en otros casos el que se produce no parece depender de la metritis crónica interna. Huguier aconseja el uso de la sonda uterina, cuya presencia, unida á la accion ligera de su contacto sobre las paredes uterinas, determinará ó exasperará inmediatamente el dolor si hay metritis interna. El cateterismo uterino revelará, no solo la existencia de la supuesta afeccion, sino que ayudará á reconocer con exactitud cuál es la parte del órgano afectada (2).

Un síntoma constante de la enfermedad que nos ocupa es una sensacion de *plenitud* en la pélvis y de *peso* en el perineo.

2.° El *aumento de volúmen* se comprueba por los medios indicados en la descripcion de la metritis aguda (3), este *aumento de volúmen*, que es algunas veces muy notable. Así es que se ha visto que el cuerpo del útero se eleva por encima del púbis, ó mas frecuentemente llena por su volúmen la cavidad de la pélvis menor, hasta el punto de hallarse en ella casi inmóvil, y que el cuello ha presentado con bastante frecuencia tal volúmen, que se ha creido poderle comparar al de un huevo de gallina. Sin embargo, en un corto número de casos no se observa tan grande aumento de volúmen, y las mas veces es mucho menos considerable; pero nunca falta, y así es uno de las caractéres sintomatológicos exenciales de la enfermedad.

(1) P. C. Huguier, *De l'hystérométrie*. Paris, 1865, p. 70.
(2) Huguier, *loc. cit.*, p. 72.
(3) Véase el artículo precedente.

Este fenómeno está caracterizado tambien por la mayor profundidad de la cavidad uterina. En el estado normal, las cavidades reunidas del cuello y del cuerpo solo tienen de 65 á 70 milímetros, y en la metritis crónica puede elevarse hasta 80 y 90 milímetros. La mensuracion se verifica con el histerómetro (Huguier, Scanzoni, Nonat, Becquerel). «Cuando la sonda pasa el cuello del útero, penetra como por sí misma, moviéndose con facilidad y sin obstáculos, puede en general girar sobre su eje, describiendo un círculo sin dificultad ni oposicion por las paredes del órgano, y por algunos movimientos de lateralidad puede reconocerse la amplitud del diámetro trasversal.» (Huguier.)—Con frecuencia, en la metritis crónica interna, á la par que el cuerpo, se dilata el cuello, de que nos aseguramos por la facilidad con que penetra la sonda por el orificio cervical súperior (Bennet, Nonat). Sin embargo, la metritis interna crónica coincide con frecuencia con una estrechez de este orificio (1), pudiendo llegar á producir un ligero grado de hidrómetra (Aran), y que puede ser la causa determinante, ó por el contrario, la consecuencia de la metritis.

3.° Un fenómeno muy importante, que es la consecuencia del estado que acabamos de describir, es el *descenso de la matriz*. En el mayor número de casos recogidos por Duparcque habia descenso de la matriz muy marcada, y por el cual se habia sometido á muchas mujeres al uso de un pesario, que habia aumentado los accidentes. Introduciendo el dedo en la vagina, se percibe casi inmediatamente el cuello muy voluminoso, de suerte que él solo llena este conducto. Se puede observar este estado del útero cuando las mujeres están acostadas, pero mas fácilmente cuando están en pié. Tambien resultan del aumento de volúmen de este órgano y de la relajacion de sus ligamentos otras dislocaciones del útero, tales como la *anteversion* y la *retroversion*.

4.° La *inspeccion por medio del espéculum* suministra datos preciosos que nunca se deben despreciar. Por lo comun se encuentra el cuello bastante voluminoso para que sea difícil abrazarle con el espéculum. Tiene un color rojo mas ó menos subido, á veces moreno, y ordinariamente no se ve en él ninguna deformidad. Su orificio se halla cerrado; sin embargo, algunas veces el cuello presenta abolladuras y está entreabierto, sin que por eso se deba creer que hay una enfermedad mas grave que una simple metritis crónica. Duparcque ha citado varios ejemplos de ello, y hé aquí como él ha observado perfectamente la disposicion particular que tenian las abolladuras. «Están, dice, separadas por surcos mas ó menos profundos, perpendiculares al orificio uterino hácia el cual convergen, y como nunca he visto esta disposicion de los infartos del cuello del útero sino en las mujeres que habian tenido uno ó mas hijos, he podido explicarlo

(1) Huguier, *loc. cit.*, p. 74.

de la manera siguiente: El contorno del orificio externo del útero ha podido rasgarse ó herirse al pasar el feto, y las hendiduras habrán formado cicatrices que no han debido prestarse, como las partes inmediatas, á la distension que la ingurgitacion morbosa ha hecho experimentar al cuello del útero. Estos surcos corresponden ordinariamente á las comisuras del hocico de tenca, y algunas veces las hay tambien adelante y atrás, lo que hace parecer la ingurgitacion como formada por muchos tumores globulares, aplicados unos á otros.» Conviene estar prevenido acerca de esta disposicion para no verse expuesto á hacer un pronóstico desfavorable.

5.° La *consistencia* del órgano, que se comprueba por el tacto vaginal y rectal, se halla ordinariamente aumentada, hasta el punto que Duparcque describe indiferentemente la afeccion con los nombres de metritis crónicas, de induracion y de *escirro*. Pero ya discutiremos esta cuestion importante cuando expongamos lo que tenemos que decir respecto del diagnóstico, entretanto nos limitamos á reconocer aquí el hecho. Por el contrario, en algunos casos el tejido parece reblandecido, sin que las investigaciones de los autores puedan enseñarnos en qué circunstancias se producen estos estados tan opuestos.

6.° Hay un *flujo* muy variable, no solo segun los casos, sino tambien en las diversas épocas de la enfermedad; y si es lícito decir con Duparcque que á veces el cuello del útero está seco, ó solo deja salir algunos filamentos mucosos mas ó menos teñidos de sangre, se puede sentar igualmente que no sucede así sino en ciertos momentos ó en una época próxima á la invasion de la enfermedad. En un principio se observa un flujo de materia poco espesa, ligeramente rojiza, y al cabo de cierto tiempo el útero expele mayor ó menor cantidad de materia blanca, opaca, ordinariamente poco espesa, que se aumenta principalmente al acercarse las reglas.

Es un error considerar el catarro uterino (leucorrea uterina), como lo hacen la mayor parte de los prácticos, como el síntoma mas característico de la metritis mucosa, porque muchos autores comprenden la historia del *catarro uterino* en la descripcion de la *metritis interna*. Sin embargo, no solo el catarro uterino puede existir sin inflamacion aguda ó crónica de la mucosa del cuerpo ó del cuello del útero, sino hasta sin inflamacion de los folículos mucosos, que producen la mayor cantidad de líquidos uterinos, sin contar los que se vierten en la cavidad del útero por las trompas. Por lo comun esta abundancia de líquidos que sale por el orificio vaginal del cuello, es una verdadera hipercrinia (*leucorrea uterina* propiamente dicha (1), hipercrinia hasta cierto punto esencial que puede existir independiente ó

(1) No corresponde al plan de esta obra el estudiar por separado esta interesante cuestion y referiremos al lector el detallado estudio hecho por Fl. Churchill (*Traité pratique des maladies des femmes*, trad. franc. Paris, 1866, p. [illegible].

acompañando algunas de las numerosas lesiones órganicas del útero en las que constituyen una complicacion casi habitual (1).

«Para que el flujo mucoso tenga un valor diagnóstico con relacion á la metritis interna, es menester que contenga alguna cantidad de pus que le constituya en moco-pus. En este caso, que es el mas favorable á la idea de una metritis, queda aun por determinar el sitio de la enfermedad, esto es, si ocupa el cuerpo, el cuello ó ambas partes á la vez. Ni el espéculum, ni el tacto, ni la exploracion mas atenta del flujo nos ilustrarán; tan solo la sonda uterina hueca y provista de fiador nos será útil en este caso. Una vez introducida en la cavidad del cuerpo servirá para explorar primero detenidamente su sensibilidad, extension, etc.; despues extraido el fiador, saldrá por la sonda el líquido de la cavidad de la matriz, pudiendo entonces observar su estado de pureza ó de mezcla. La sonda reconocerá tambien el orificio cervical, su dilatacion ó estrechez, y si existe algun tumor intra-uterino.

»Por último, no es raro que la metritis interna del cuerpo esté determinada por una fuerte flexion del órgano, que obtiene mas ó menos el orificio cervical para conocer y combatir ambos estados, es necesaria la intervencion de la sonda (2).»

7.° La menstruacion se halla casi constantemente, si no siempre, trastornada en la metritis crónica, y caracterizan este trastorno funcional los signos de la *dismenorrea*. En el mayor número de casos se halla disminuida la abundancia de las reglas al mismo tiempo que se efectúa el flujo sanguíneo con dificultad y dolor, y ya hemos visto anteriormente que esta afeccion coincide algunas veces con una supresion que se hace gradualmente completa, ó que mas rara vez se ha producido de repente. Sin embargo, en ciertas ocasiones se ve sobrevenir una *menorragia* mas ó menos abundante. Pero estos flujos sanguíneos solo son accidentes, y despues de ellos se reproduce la dismenorrea con disminucion del flujo menstrual, que es propio de la enfermedad.

Se ha dicho que la metritis crónica puede oponerse á la fecundacion. Este es un hecho que no está perfectamente demostrado, y que exige investigaciones mucho mas exactas que las hechas sobre este punto. Por lo demás, es preciso convenir en que, para que la esterilidad sea consecuencia de la inflamacion crónica del útero, es necesario que la afeccion llegue al mas alto grado, porque no son raros los ejemplos en que se ha verificado la fecundacion en mujeres que tenian una metritis crónica con descenso de la matriz.

¿Se puede atribuir, como hace Duparcque, á la inflamacion crónica del útero, el obstáculo que la rigidez de esta parte del órgano opone al parto? Acaso la induracion del orificio del cuello es ella

(1) Voyez plus haut, page 35, art. LEUCORRHÉE SYMPTOMATIQUE.
(2) P. C. Huguier, *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*. Paris, 1865, p. 76 et 77.

misma una consecuencia de una inflamacion disipada, como la cartilaginificacion y la osificacion; pero en el estado de inflamacion la dureza del cuello no parece suficiente para oponerse á su dilatacion.

La metritis crónica, cuando no ha llegado á muy alto grado, puede existir largo tiempo sin que la salud general parezca muy deteriorada, y esto es lo que explica cómo han podido vivir mujeres por espacio de doce años y mas con esta enfermedad bien caracterizada. Sin embargo, por lo comun se observan síntomas generales dignos de atencion, así es que se ven sobrevenir estos *trastornos digestivos* tan frecuentemente ligados con las enfermedades uterinas. El apetito disminuye, hay á veces aversion á los alimentos, apetitos extravagantes, sobrevienen dolores de estómago, síntomas de enteralgia, en una palabra, los fenómenos que acompañan á la *leucorrea*. Estos síntomas están generalmente en relacion con la violencia de los dolores, y con la abundancia del flujo.

El *vómito* se encuentra á veces unido con la metritis crónica; pero excepcionalmente. Bennet considera las náuseas como un síntoma característico de la inflamacion crónica del *cuerpo* del útero, y su intensidad relacionada con la de la enfermedad.

Unicamente cuando la enfermedad ha llegado al mas alto grado, se observa la languidez, la palidez del rostro, el enflaquecimiento, en una palabra, todas las señales de desmejoramiento contínuo. Tambien se ha hablado del color amarillo de paja, del marasmo, etc.; pero todo induce á creer que en los casos en que se han observado estos síntomas se trataba, no de una simple metritis, sino de un cáncer todavía no ulcerado.

Así como en las demás afecciones crónicas del útero, de las que hemos hablado ya, se observan diferentes *trastornos nerviosos*, nevralgias, impaciencia, irascibilidad ó insomnio.

Es de la mayor importancia apreciar estas alteraciones simpáticas porque á veces son dominantes y ocultan el mal local. Es indispensable saber eliminar estos síntomas y desentrañar la lesion uterina.

Pueden en órganos inmediatos producirse fenómenos funcionales. Nonat señala entre otros una *enteritis flegmosa*, hemorroides y fisuras de ano entre el número de los síntomas de la metritis crónica.

La *fiebre* no suele presentarse generalmente en el curso de la metritis crónica, y si se la observa algunas veces es porque por una influencia cualquiera la enfermedad ha tomado el carácter agudo: de lo que es fácil asegurarse, porque al cabo de algunos dias, persistiendo los signos de la metritis crónica, el pulso vuelve al estado normal, y desaparecen la mayor parte de los síntomas generales.

Metritis crónica parcial.—De la misma manera que para la metritis aguda, se han hecho muchas divisiones segun el asiento de la enfermedad: así se ha admitido una metritis crónica del cuello, de la parte anterior del cuerpo, de la parte posterior y de cada una de las partes laterales. Yo no he podido encontrar ninguna observacion con-

vincente de metritis crónica limitada á una parte circunscrita del cuerpo de la matriz, y en vista de algunos hechos que he examinado me veo inducido á creer que se han presentado como ejemplos de una metritis crónica parcial los tumores fibrosos del útero. Pero aun cuando se hubiesen citado algunos hechos incontestables, no por eso estos casos dejarian de ser excepcionales, y lo que hay de cierto es que solo la *metritis crónica del cuello* es la que interesa verdaderamente al práctico.

§ IV.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la metritis crónica es contínuo, pero se observan, en la época de los ménstruos, exacerbaciones de mayor ó menor duracion, y tambien notables mejorías que algunas veces hacen esperar una curacion próxima.

Esta forma de metritis es notable por su larga *duracion*.

En general se puede decir que la enfermedad de que tratamos no tiene tendencia á terminarse por la curacion. Sin embargo, no hay ningun ejemplo auténtico de *haberse terminado* la metritis crónica por la muerte. La enfermedad, despues de haber hecho progresos lentos, permanece estacionaria, y si las mujeres sucumben es á consecuencia de otra afeccion. Sin embargo, Duparcque afirma que si las mujeres pasan de la edad crítica sin accidentes demasiado graves, la enfermedad se alivia en seguida notablemente. Este es tambien un hecho que está lejos de ser inverosímil, pero seria necesario que la observacion viniese á demostrar su exactitud.

Las osificaciones y la degeneracion cartilaginosa que se han encontrado algunas veces en el útero ¿son, á no dudar, una consecuencia de la inflamacion crónica de este órgano? Con este motivo se puede leer lo que he dicho de las *osificaciones del corazon;* los casos son idénticos, y por lo que hace al útero no se ha presentado ninguna prueba de que estas degeneraciones se verifican del mismo modo que en el órgano central de la circulacion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las principales alteraciones son la rubicundez mas ó menos oscura, y algunas veces apizarrada, y sobre todo cuando la enfermedad ha durado largo tiempo, la dureza de los tejidos, y al mismo tiempo en ciertos casos, á lo menos su friabilidad, es decir, que perdiendo su cohesion normal, no se han puesto flácidos y blandujos, y que al simple tacto ofrecen cierta resistencia, que es solo aparente, porque comprimiendo con la extremidad del dedo se penetra fácilmente en su interior, lo que no se efectúa en una matriz sana, cuyo tejido tiene una cohesion bien conocida.

Con bastante frecuencia el útero contiene una cantidad notable de

líquidos; sin embargo, los autores afirman haber visto seco el tejido enfermo, y al mismo tiempo pálido y de colorado. Duparcque dice que ha encontrado entre las fibras una materia fibroso-albuminosa mas ó menos concreta, que se puede algunas veces exprimir por la presion y raspando, y que siendo muy abundante en los primeros tiempos, acaba en seguida por disminuir concretándose, y aun por pasar al estado de cartiliginificacion y osificacion.

Chomel (1) habla de bridas seudo-membranosas, que hacen á veces adherir el útero á las partes inmediatas, lo que explica en ciertos casos la poca movilidad del órgano durante la vida. El mismo autor ha visto obliterado el cuello por adherencia inmediata; mas nada prueba que esta adherencia, que acarrea la esterilidad, pertenezca realmente á la metritis crónica. Para poner este hecho fuera de duda, hubiera sido necesario asegurarse de que en ninguna época habia habido ninguna inflamacion aguda del cuello, y sobre todo rasgadura y hendidura considerable de este órgano durante el parto; lesiones que hubieran dejado despues de sí la obliteracion de que se trata.

Bennet ha visto muchas veces, á consecuencia de la inflamacion del cuello, la produccion de una estrechez en cualquier punto de la cavidad cervical. «Unas veces depende de la estrechez ó hipertrofia morbosa del cuello, que disminuye el calibre de su cavidad en un punto que no participa de la inflamacion; bajo este punto de vista es menester recordar que la inflamacion de la cavidad del cuello determina casi siempre la dilatacion de la porcion inflamada de este conducto; otras veces la extrechez es producida por la retraccion que se verifica despues de la curacion inflamada, y que antes se habia dilatado.» Por lo comun esta extrechez no determina la esterilidad, pero puede producir dolores violentos durante las reglas.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la metritis crónica puede presentar bastantes dificultades. Sin embargo, solo se la puede confundir con una enfermedad, de la que algunas veces no es fácil distinguirla: tal es el *cáncer incipiente* ó *induracion escirrosa del útero*.

Generalmente se está de acuerdo en decir que la forma del cuello tumefaccion no es la misma en ambas enfermedades. En el cáncer incipiente se encuentran abolladuras irregulares, muy resistentes á la presion del dedo, y de volúmen muy variable; al paso que en la inflamacion crónica se halla el cuello liso, uniformemente desarrollado, y presenta en todos sus puntos una resistencia igual. Esta es la primera diferencia que no se debe olvidar, sin embargo de que hemos visto que en algunos casos de metritis crónica existen abolladuras manifiestas. Pero en primer lugar estos casos no son ni con mucho

(1) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, t. XXX, art. UTÉRUS (*inflam.*).

los mas comunes; y en segundo lugar las abolladuras presentan, como el mismo Duparcque ha tenido lugar de hacerlo notar, una disposicion particular, lo que sirve de guia para formar el diagnóstico.

La inspeccion por medio del espéculum suministra tambien algunos signos diferenciales. Efectivamente, ya hemos visto que en la metritis crónica tiene el cuello del útero las mas veces un color rojo oscuro, y que la mucosa parece hallarse en un estado de congestion; pero en el cáncer ulcerado, el cuello está pálido, blanquecino, y la mucosa lisa y tersa.

Podemos decir anticipadamente que uno de los caractéres mas comunes, y que mas llaman la atencion en el cáncer uterino incipiente, es el producir flujos sanguíneos, á veces muy abundantes, cosa que no se verifica en la metritis crónica, que se distingue notablemente por la *dismenorrea* que ocasiona.

Otro carácter de la metritis crónica, de que no han hecho mencion los autores, aunque es de grande importancia, es el de durar mucho tiempo, es decir, hasta diez, doce años y mas, sin dar lugar á los graves accidentes que se manifiestan al cabo de un tiempo mucho menos largo en los casos de verdadero cáncer. El cuello del útero no se ulcera ni se cae en detritus como el cáncer; los dolores continúan los mismos, y solo presentan exacerbaciones por intervalos, siendo así que en el cáncer aparecen en cierta época de la enfermedad dolores mas ó menos violentos, que no se habian observado en un principio. Por último, la demacracion, la languidez, la decoloracion y el color amarillo de paja de los tejidos, son mucho mas marcados en los casos de cáncer aun incipiente, que en los de metritis crónica muy intensa y ya antigua.

Con estos elementos se puede llegar á formar el diagnóstico, sobre el cual volveremos á hablar en el artículo dedicado al CÁNCER DEL ÚTERO. Sin embargo, no se puede ocultar que no haya casos en que sea muy difícil este diagnóstico; pero esto se observa en la mayor parte de las enfermedades, sin que por ello nos creamos que hay motivo para mirar como de la misma naturaleza afecciones que en la mayor parte de los casos se manifiestan con caractéres muy distintos.

En cuanto á los casos de *cáncer ulcerado*, de *pólipo* y de *nevralgia del útero*, se distinguen en demasiados puntos de la metritis crónica para que sea necesario presentar su diagnóstico.

Los *cuerpos fibrosos* de la matriz dan lugar á síntomas que se asemejan mucho á la metritis crónica. En el diagnóstico hay que considerar la situacion de la lesion, pues los cuerpos fibrosos ocupan ordinariamente el cuerpo del útero, mientras que la metritis crónica ocupa por lo comun el cuello, ya aisladamente, ya al mismo tiempo que el cuerpo.

Pronóstico.—El pronóstico de la metritis crónica es bastante serio sin ser grave. Recuérdese muy bien que hemos descartado su degeneracion en escirro como terminacion de la enfermedad; pero la posi-

bilidad de esta degeneracion es la única que ha podido, á los ojos de ciertos médicos, hacer considerar á la inflamacion crónica del útero como una enfermedad muy grave. En los casos referidos por los autores, la curacion, ó á lo menos una notable mejoría, fué la consecuencia de un tratamiento bien dirigido, y cuando las enfermas han sucumbido es porque les ha arrebatado otra enfermedad.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—Se recomienda la *sangría general* si la enferma no se halla demasiado debilitada, y aun en muchos casos de los que he reunido se ha practicado la sangría del brazo dos, tres y cuatro veces en dos ó tres semanas, y cada vez se ha obtenido un alivio marcado, que se echaba de ver desde luego en la disminucion de los dolores. Cuando se presentan los síntomas de dismenorrea en las épocas menstruales, y hay seguridad de que son debidos á cierto grado de congestion sanguínea accidental, que es lo mas comun, entonces se ha recurrido á las *sangrías expoliativas.*

Generalmente se prescriben las *sanguijuelas* aplicadas en mayor ó menor número al hipogástrio, á las ingles, á la parte superior é interna de los muslos y al ano; pero no insistiré en estas aplicaciones, ni tampoco en las de las *ventosas escarificadas*, que comunmente pueden reemplazarlas. Solo añadiré que, al contrario de la opinion general de los demás autores, Lisfranc (1) cree que la aplicacion de sanguijuelas y de las ventosas escarificadas, no solo es poco útil, sino tambien perjudicial en la mayor parte de los casos. «Cuando en la poblacion, dice este práctico, se nos llama para visitar mujeres que padecen enfermedades del útero, es bastante raro que no se haya recurrido antes á los anélides; preguntamos á las enfermas, y de veinte las diez y ocho han experimentado mas calor y mas dolor despues de usarlas que antes, y algunas veces han producido violentos accidentes. Es verdad que hay algunos casos en que estos medios tienen buen resultado, pero son meras excepciones.

Las aplicaciones de *sanguijuelas al cuello del útero* calma como por encanto los dolores sacro-lumbares, las punzadas, y en fin, todas las sensaciones penosas que ordinariamente acompañan á las alteraciones leves ó profundas de la matriz.

El número de sanguijuelas debe ser proporcionado al volúmen de la ingurgitacion, al grado de predominio de los síntomas inflamatorios y al estado de las fuerzas. Sin embargo, haremos notar que esta sangría directa produce menos debilidad en proporcion que la sangría general. Así es que puede emplearse en los casos en que esta pudiera ser perjudicial.

Colocada la enferma en décubito supino, los muslos doblados so-

(1) Lisfranc, *loc. cit.*, p. 713.

bre la pélvis, se introduce un espéculum cilíndrico, siguiendo las reglas ordinarias, descubierto el cuello se aisla y limpia cuidadosamente. Se colocará en la abertura del hocico de tenca una bolita de algodon para mantenerla cerrada. Esta precaucion es indispensable para evitar que penetren las sanguijuelas por el contorno del orificio, lo que produciria dolores insoportables, que han determinado á veces convulsiones. Las sanguijuelas se introducen una á una en el orificio, y se mantienen aplicadas sobre el cuello por medio de una torunda ó una bola de algodon. Se tiene cuidado de mantener el espéculum bien aplicado para evitar que pasen las sanguijuelas al conducto vaginal. Ocho ó diez sanguijuelas aplicadas sobre el cuello del útero, extraen tanta sangre como quince aplicadas á la piel, quizá por su accion directa sobre el punto hiperemiado.

Una vez extraidas las sanguijuelas, no tarda en suspenderse expontáneamente la sangre que pasa por las cisuras. Si la hemorragia se prolongase (1) algunas horas, se recurriria al uso de los hemostáticos empleados en semejantes casos, y si fracasan los medios ordinarios, se aplicarán con ventajas los *corchetes* de Vidal (de Cassis).

Las cisuras de las sanguijuelas se cicatrizan con prontitud sin dejar señales ni determinar ulceraciones, excepto en circunstancias excepcionales é independientes de la metritis crónica (Nonat) (2).

La dificultad consiste en distinguir los casos en que la sangría local debe preferirse á la general, y recíprocamente. Por lo comun debe empezarse por una sangría general, y si produce alivio notable debe repetirse en los casos de plétora, y por el contrario, en los de anemia conviene emplear las emisiones locales.

Las sangrías generales deben repetirse dos ó tres veces al mes en las pletóricas, y solo en la época de recrudescencia de los dolores en las enfermas debilitadas, en este caso conviene no pasar de 60 á 90 gramos. Estas sangrías no son *expoliativas*, sino *derivativas* y atren la sangre á las extremidades superiores.

La sangría general está sobre todo indicada en los casos en que el útero es asiento de congestion sanguínea excesiva en cada época menstrual y cuando hay metrorragia. Si por el contrario, á pesar de esta congestion dismunuye el flujo sanguíneo, debe preferirse la sangría local (Nonat).

Para completar el *tratamiento antiflogístico*, cuyo principal medio constituyen las sangrías, se prescriben los *baños prolongados*, simples ó emolientes, los *baños de asiento* frecuentes, las *aplicaciones emolientes* al epigástrio y á las partes genitales, y aun en el interior de la vagina. Hay muchas maneras de introducirlas, pero lo mas comun es prescribir *inyecciones emolientes* ó *narcóticas* (agua de

(1) Duparcque y Bennet han citado casos de hemorragia en que fué necesario emplear el taponamiento. Aconsejamos á los prácticos que no usen el percloruro de hierro que produce vivos dolores.

(2) Nonat, *loc. cit.*, p. 127.

malvabisco, de simiente de lino, de lechuga, de adormidera, de beleño, de yerba mora, etc.), que las enfermas se hacen varias veces al dia, y que pueden tambien practicarse en el baño, sirviéndose de la misma agua en que se toma. Tambien se puede introducir en la vagina una *cataplasma líquida* de harina de simiente de lino ó de fécula de patata, ya por medio de una jeringa de cánula de grueso calibre, ya por medio del espéculum. Para que no se salga esta cataplasma es menester que la enferma esté echada de espaldas, con la pélvis mas levantada que el resto del cuerpo. Melier (1) propone hacer tomar de la misma manera *baños del cuello del útero*, que se pueden repetir varias veces al dia. Tambien se puede empapar una esponja en un líquido emoliente é introducirla hasta el cuello.

Mientras que se somete á las mujeres á este tratamiento, se las mantiene á un *régimen* bastante severo, proscribiendo los alcohólicos y recomendando los alimentos y las bebidas frias. Es sobre todo esencial prescribir la *quietud*, y si es posible guardar cama. Efectivamente, se ve en las observaciones que desaparece la mejoría obtenida por faltar esta precaucion. Sin embargo, Lisfranc ha visto algunas enfermas á quienes una quietud demasiado prolongada irritaba mucho, y á las que era necesario permitirles hacer ejercicio. Al médico, pues, corresponde decidir la conducta que se debe seguir segun los casos.

Segun Melier, conviene no limitarse á las aplicaciones emolientes, sino auxiliarlas con *curas* diarias, con tapones de hilas untadas en diversas pomadas, y aconseja principalmente la pomada siguiente:

R. Cerato...........	30 gram.	Extracto de opio...........	2 gram.
Extracto de cicuta.	2 á 4 gram.		

Mézclese.

Despues de los baños del cuello, este práctico acostumbra aplicar sobre esta parte del órgano un tapon de hilas finas empapadas en el líquido que haya servido para el baño, ó bien una planchuela de hilas untadas en cerato fresco, simple, opiado ó de Saturno, segun que se trate de disminuir la inflamacion, calmar los dolores ó lograr la resolucion del infarto; pero solo la experiencia puede enseñarnos cuáles son los resultados de estas medicaciones, porque por desgracia el autor que acabo de citar no ha referido sus observaciones.

Para hacer estas curas, Melier se sirve del espéculum de una pieza, en el cual coloca de canto la planchuela untada del medicamento, la cual empuja en seguida suavemente hasta el cuello por medio de un vástago que llena el instrumento. Tambien se obtiene fácilmente el mismo resultado sirviéndose de todas las expecies de espé-

(1) Mèlier, *Considérations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice*, modifications au *speculum uteri* (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*. París, 1853, t. II, p. 344).

culum, y aplicando las hilas sobre el cuello de la matriz por medio de unas pinzas largas.

Algunos autores han propuesto introducir *pedazos de hielo* en la vagina, y Lisfranc que ha experimentado este medio, ha visto que es muy desagradable para las enfermas, y agrava mas bien que disipa los accidentes.

Vejigatorios.—Suelen aumentar la inflamacion existente, y solo convienen despues de las sangrías. Conviene emplearlos solamente para combatir los dolores y no hacerlos permanentes. Deben servir para favorecer la absorcion del *clohidrato* ó el *sulfato de morfina*.

Cauterizacion trascurrente.—Cuando sobrevienen en la metritis dolores vivos y permanentes, emplea Nonat (1) la cauterizacion trascurrente, pero con la condicion expresa de que haya desaparecido todo elemento inflamatorio. Estas cauterizaciones se aplican al nivel de los puntos dolorosos, como los lomos, el sacro, las fosas iliacas, etc. Se emplea un cauterio cilíndrico-cónico, cuya extremidad es un poco convexa y en forma de hoja roma de cuchillo. Se calienta hasta el rojo blanco, y se pasa rápidamente por los puntos dolorosos atacando solo la epidermis, de modo que produzca una línea rojiza que no deje cicatriz.

Al tratamiento tópico que se acaba de exponer, se agrega ordinariamente un tratamiento interno, que varía mucho, segun los casos.

Vomitivos y purgantes.—No se han usado con mucha frecuencia los vomitivos contra la metritis crónica, sin embargo, Bayle, segun Meriadec-Laennec, ha referido un caso (2), á favor del *emético dado á altas dósis*. Pero esta observacion carece de detalles. Trousseau elogia mucho la accion de la ipecacuana en la *metritis subaguda*; pero en los hechos que ha observado habia un estado puerperal.

Duparcque ha administrado el *tártaro emético en fricciones*.

Hace incorporar una parte de emético en ocho partes de manteca de puerco sin lavar.

R.	Manteca sin lavar..................	30 gram.
	Tártaro emético..................	4 gram.

Mézclese.

Se toma para cada friccion lo correspondiente á dos gramos. La primera friccion se hace en la parte interna de la pierna, y en la *misma noche* una segunda friccion en la otra. Al *segundo dia* se hacen las fricciones en los muslos, una por la mañana y otra por la noche. Al *tercer dia* se practican igualmente las fricciones en los dos brazos alternativamente, despues á los dos lados del tórax en el *cuarto dia*, y luego se *vuelve á empezar en el mismo órden*.

(1) Nonat, *loc. cit.*, p. 170.
(2) Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I; p. 296.

Se debe frotar con la palma de la mano en una larga extension, con suavidad y largo tiempo. Si se presentan algunas pústulas en una parte, se cesa de hacer en ella fricciones, porque no se dan con el objeto de hacer producir una erupcion, que es por lo comun con el fin que se las emplea, sino para hacer penetrar el medicamento por absorcion; no es, pues, una accion derivativa externa, sino una accion alterante interna la que nos proponemos promover. (Duparcque.)

Si no se nota ningun resultado despues de haber usado de esta manera de 15 á 30 gramos de emético, es preciso cesar en su aplicacion. Creemos deber advertir que ninguna de las enfermas sometidas á esta medicacion, presentó fenómenos que indicasen que el tártaro estibiado así administrado haya producido su accion en las vias digestivas.

Entre los *purgantes* se eligen ordinariamente los que no provocan una gran irritacion al intestino, ó en otros términos, los *laxantes*, tales como el *agua de Sedlitz*, el *aceite de ricino* ó de *tártagos*, á dósis moderadas. Las sales de *sosa* y de *magnesia* llenan tambien esta indicacion; pero por lo demás estos medios no deben considerarse sino como auxiliares.

Narcóticos interiormente.—Apenas se administran al interior los narcóticos, sino en los casos en que los dolores son vivos, y sobre todo cuando aparecen síntomas de *dismenorrea*. Sin embargo, es necesario hacer una excepcion respecto de la *cicuta*, que segun muchos autores, entre los que es necesario citar á Lisfranc, Recamier y Duparcque, han procurado la curacion, no tan solo de muchas metritis crónicas, sino tambien de verdaderos *escirros del útero*.

Lisfran aconsejaba dar la *cicuta en polvo* á la dósis de *cinco centígramos*, aumentando sucesivamente hasta 15 á 20 centígramos. Segun Duparcque, el extracto es tan eficaz, y no tiene como el polvo el inconveniente de ocasionar la diarrea y una sensacion desagradable en la garganta. Pero conviene dar el *extracto preparado en frio*, haciendo atravesar por el zumo de la planta una corriente de aire contínuo.

Los demás narcóticos, tales como el *opio*, las sales de *morfina*, la *belladona* y el *estramonio* no se administran sino para calmar los dolores, y es por consiguiente inútil insistir en estos medios. Unicamente diremos que uno de los modos mas recomendados de administrar el opio es el uso de las *lavativas laudanizadas* mas ó menos repetidas.

Mencionaremos solamente el *ácido hidriociánico* y el *arsénico*, cuya accion es muy dudosa.

Resolutivos, fundentes y desobstruentes.—Seria muy largo entrar en los pormenores de esta medicacion seguida en todos los casos en que se ha reconocido la existencia del infarto de una víscera cualquiera. Desde luego diremos que entre los medios de esta expecie, los

que mas generalmente se emplean son las *bebidas alcalinas* y los *baños* de la misma naturaleza. Las *aguas de Vichy*, de *Neris*, de *Carlsbad*, de *Ems*, etc. (1), se prescriben en bebida, y todos los dias se hace tomar á las enfermas un baño de agua alcalina natural, ó uno de agua comun, á la que se añaden doscientos ó trescientos gramos de *carbonato de sosa*.

Mercuriales.—Tambien se usan igualmente los mercuriales con el objeto de resolver el infarto de la matriz, y se han usado con mucha frecuencia los *calomelanos*, las *píldoras de ungüento mercurial*, las *fricciones mercuriales* en los miembros, y la aplicacion de la *pomada mercurial* al cuello del útero.

Ioduros.—El *ioduro de potasio*, que se puede prescribir de la manera siguiente:

R. Infusion de saponaria. 500 gram. | Ioduro de potasio.......... 5 gram.

Disuélvase. Se toman mañana y tarde dos cucharadas de esta solucion en una taza de cocimiento de zarzaparrilla.

En los casos de contraindicacion por el estado de las vias digestivas, se administran las preparaciones del iodo por el método iatraléptico, es decir, en *fricciones*. Para esto se sirven del *hidriodato de potasa*, *de los ioduros de azufre*, *de plomo ó mercurio*, á los que se da la forma de pomada, incorporándoles con manteca. Las proporciones son: *cuatro gramos* del medicamento, por *treinta gramos de manteca*. Se aumenta la accion resolutiva de la pomada añadiendo de 20 á 40 centígramos de iodo. (Duparcque.)

Preparaciones de oro.—Las preparaciones de oro, así como el iodo, se han recomendado en los casos en que la enfermedad se puede atribuir á la existencia del vicio escrofuloso.

Revulsivos y derivativos.—Los autores incluyen á los revulsivos entre los medios mas activos contra la metritis crónica.

La *pomada estibiada* ó un *emplasto de pez de Borgoña* espolvoreado ó no con emético, las fricciones con *aceite de crotontiglio*, con un *linimento amoniacal*, con la *tintura de mirra* ó de *acibar*, se usan igualmente con el objeto de excitar mas ó menos violentamente la piel; pero nada prueba que estos medios, de los cuales algunos son muy dolorosos cuando se emplean activamente, sean otra cosa que simples medios auxiliares.

Se pueden añadir á estos medios las *irrigaciones*, los *baños á chorro* al cuello del útero, á la pélvis y á los muslos con diferentes líquidos excitantes.

(1) Véanse estas estaciones termales en el *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, por Durand-Fardel, Le Bret y Lefort, Paris, 1860.
Véanse tambien.
Alvarez, *Aguas minerales de España*.
Rubio, *Fuentes minerales de España*.
A. García Lopez, *Tratado de hidrologia médica*.

El doctor Fleury (1) ha obtenido la curacion de infartos antiguos y endurecidos de la matriz por medio de los *chorros de agua fria*.

Cauterizacion intra-uterina.—Todos los medios precedentes pueden quedar sin eficacia, y es necesario actuar directamente sobre los puntos enfermos. En efecto, la congestion uterina puede disiparse por las sangrías, los revulsivos, etc.; pero no sucede siempre lo mismo con las alteraciones de la mucosa del cuerpo ó del cuello del órgano.

Cuando se ha decidido obrar de este modo sin intermedio, es menester practicar primero el *cateterismo del útero* como procedimiento de exploracion (Nonat). Esta operacion preliminar tiene por objeto preparar las vias y asegurarse de la sensibilidad de las partes. Despues puede cauterizarse de diversos modos. La introduccion y permanencia prolongada de una barra de *nitrato de plata* en el interior del cuello uterino produce por lo general dolores y cólicos, determinando estrecheces del cuello. Nonat prefiere la cauterizacion con la solucion de nitrato de plata ó con el *nitrato ácido de mercurio*.

En el interior mismo del útero pueden practicarse sin temor cauterizaciones con nitrato de plata sólido, pero introduciéndole por medio de un porta-cáustico análogo al que Lallemand emplea para la uretra. Debe de hacerse rodar el instrumento en el útero sin que su permanencia exceda de dos minutos. Los cáusticos líquidos se conducen por medio de un pincel. Se ha propuesto sustituir las barritas de tanino á los cáusticos precedentes.

Resúmen.—Emisiones sanguíneas, emolientes, diluentes, narcóticos exteriormente, baños del cuello del útero y curas del mismo con pomadas narcóticas; inyecciones, cataplasmas á la pélvis y en la vagina, aplicacion del hielo en este último conducto; purgantes, emético por absorcion, narcóticos interiormente; resolutivos, fundentes, desobstruentes mercuriales, iodo, oro, revulsivos, derivativos, inyecciones en la cavidad uterina, cauterizacion de esta cavidad.

ARTÍCULO X.

FUNGOSIDADES INTRA-UTERINAS.

La descripcion de esta afeccion es completamente moderna, y la presentamos como una expecie de apéndice á la metritis interna.

Récamier (2) indicó primero estas fungosidades; inventando la *cucharilla intra-uterina*, da testimonio del conocimiento que de la enfermedad tenia, pero no la describió en parte alguna. Despues de

(1) Fleury, *Séances de l'Académie des sciences*, 12 Marzo, 1849.

(2) Récamier, *Recherches sur les maladies vaginales et utérines*, *etc.*, note lue à l'Académie de médecine les 7 Febrero et 14 Marzo, 1843;—*Mémoire sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines (Union médicale*, 1.° 4, 6 et 8 Junio 1850).

él Alph. Robert (1) practicó la *ablacion* de las fungosidades uterinas, Cárlos Robin (2) dió despues su descripcion; pero los trabajos mas importantes que conocemos sobre el particular son los de Rouyer (3) y de Goldschmidt (4). Nonat, Aran, Alfr. Becquerel, Huguier, han hablado tambien de fungosidades uterinas, que muchos médicos han negado su existencia.

Lebert (5), en particular, en los fracmentos que ha examinado solo ha encontrado glándulas y otros elementos normales de la mucosa uterina, y nada le ha demostrado en estos úteros otra cosa que un infarto catarral de la mucosa, y cree, hasta que nuevas observaciones no le demuestren lo contrario, que en todos los casos solo se trata de desprendimientos de la mucosa, cuyos fragmentos se separan con la cucharilla. Si por esta maniobra se ha podido aliviar á las enfermas, cree peligroso penetrar así á ciegas en la cavidad uterina y verificar el desprendimiento, «y como pudiera encontrarse un producto de concepcion, se concibe que en lugar de una problemática curacion, pudieran determinarse graves accidentes, siendo por lo tanto un método que debe abandonarse.»

Á pesar de la opinion negativa de Lebert, fundadas en piezas extraidas por operaciones ejecutadas en enfermas, las observaciones de Rouyer y las figuras de Ferrier atestiguan la realidad anatómica de las fungosidades uterinas, y las investigaciones micrográficas de Lebert demuestran solamente que este observador solo ha visto fracmentos de mucosa uterina separada quizá de las fungosidades que resistieron á la eliminacion. Además conviene Lebert en que la mucosa *no está en su estado normal*. De las investigaciones de Ch. Robin resulta que se trata de una hipertrofia de la mucosa uterina, con adicion de nuevos elementos (productos fibro-plásticos).

§ I.—Descripcion anatómica.

«Los colgajos separados por medio de la cucharilla uterina presentan, á causa de la misma forma del instrumento, el aspecto de tiras de 3 á 5 centímetros de ancho, por 5 á 6 de longitud. Las dos caras, libre y adherente, están circunscritas por bordes tallados en visel á espensas de la última. La cara libre es lisa, cubierta de epitelio con trama vascular generalmente fina, rojiza, á veces violada, la cara adherente está erizada de pequeñas vellosidades muy finas, debidas

(1) Alph. Robert, *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXI, p. 344;—Thèse citée *sur les granulations du col de l'utérus*, 1848.

(2) Ch. Robin, *Arch. gén. de méd.* 1847, t. XVII.

(3) Rouyer, *Etude clinique sur les fongosités de la muqueuse utérine* (thèse inaugurale. Paris, 26 Agosto 1858).

(4) Goldschmidt, *Des fongosités de la cavité de l'utérus*, thèse inaugurale. Strasbourg, 21 Enero 1859.

(5) Lebert, *Traité d'anat. patholog.* Paris, 1860; in-folio, t. II, p. 432.

á la accion de la cucharilla, un poco aterciopelada, de un blanco agrisado ó rosado muy poco vascular. El espesor de un colgajo suele ser de 1 á 2 $^1/_2$ milímetros; pudiendo encontrarse diversos espesores en el mismo colgajo, la vascularizacion penetra de 1 milímetro y $^1/_2$ á 2 milímetros.

»Hasta aquí la vascularizacion se refiere muy exactamente á la de la mucosa observada durante el flujo menstrual; pero es muy raro que se encuentre la mucosa simplemente en este estado; se encuentran además pequeñas granulaciones que elevan ligeramente la mucosa, formando otras veces pequeñas elevaciones hemisféricas y aun esféricas, y un poco pediculadas, pareciéndose con bastante exactitud á pequeños granos de grosella, opacos ó trasparentes, y en este último caso amarillentas como pequeños pólipos vexiculares ó rosados, y aun rojizos. Debajo de la mucosa encuentran á veces pequeños coágulos sanguíneos como aploplécticos, pero con mayor frecuencia pequeñas masas de superficie esponjosa, moradas, semejantes al tejido placentario, conteniendo en su interior una expecie de núcleo central, mal limitado, mas duro, que se percibe bien al comprimirse entre el pulgar y el índice.

»Los granos pequeños un poco pediculados forman una saliente muy pronunciada debajo de la mucosa. En ciertos casos solo están unidos á la mucosa por un pequeño pédiculo delgado, y que se parece mucho á los pólipos vexiculares que se extraen con frecuencia de las fosas nasales. Estos pólipos se implantan entonces sobre la mucosa vascularizada descrita anteriormente.

»En fin, se encuentran sobre la mucosa vascularizada granos pequeños como cabezas de alfiler que la dan aspecto desigual granugiento. A veces alcanzan el tamaño de un cañamon ó de un guisante pequeño, tomando entonces el aspecto antes descrito, á no ser que en este último caso estén mas abundantes y regularmente diseminados. Estas granulaciones son bastante consistentes y presentan al corte un color blanquecino y representan pequeños granos glandulares.

»Las fungosidades del útero pueden observarse tambien en el cuello, algunos médicos creen que se las encuentran con frecuencia, al paso que son muy raras en la cavidad del cuerpo ó que no se observan nunca, y por lo tanto son muy raras en la cavidad del cuello exclusivamente... Algunos observadores, y expecialmente Alf. Rober y Richet, creen que las fungosidades se desarrollan de preferencia sobre los puntos de la cavidad uterina que son asiento de la implantacion de la placenta durante el embarazo. Es difícil darse cuenta exacta de esta opinion.» (Rouyer).

Debemos observar que la mayoría de las descripciones anatómi-cas se han hecho sobre fracmentos sacados del útero con la cucharilla de Recamier, y que la falta del exámen directo es la que ha producido dudas acerca de la naturaleza, sitio y existencia de las fun-

gosidades intra-uterinas. Pero estas dudas deben disiparse despues de las observaciones recogidas en el cadáver (Richet (1), Nélaton, Robert, Leon Ferrier (2). En un caso sobre la parte posterior de la cavidad uterína, al nivel de las trompas, existia una masa fungosa, pulposa, rojiza, de aspecto de frambuesa, sin forma determinada, esta masa se podia con facilidad separar con los dedos; en otro caso en la parte posterior y sobre la línea media de la cara interna del cuerpo del útero, se veia una vegetacion de forma aplanada, de color rosado, de poca consistencia, insertándose por un pedículo sobre la mucosa.

A Goldschmidt debemos en su mayor parte la descripcion de las fungosidades observadas en el cadáver; los dibujos unidos á su tésis no dejan duda de la realidad de la afeccion. El caso siguiente nos parece suficiente como descripcion general. En una mujer de sesenta y dos años de edad, muerta á consecuencia de metro-peritonitis, encontró un tumor fungoso amarillento, muy vascular, rojo intenso en algunos puntos, inserto por una ancha base en toda la extension del fondo y parte de la superficie posterior de la cavidad uterina, presentando los siguientes caractéres: produccion fungosa blanda, que se desprendia fácilmente con la seña, dividida en dos lóbulos desiguales que presentaban en sus extremidades libres cierta cantidad de lóbulos aplastados entre sí, de color rojo oscuro, asiento de hemorragias pertinaces que duraron hasta la terminacion de la existencia de las enfermas, acumulacion de materiales fétidos entre el tumor y la cavidad uterina. Las otras descripciones trazadas por Goldschmidt, de piezas recogidas por Kœberlé y Stolz, difieren poco de la precedente.

En cuanto á la naturaleza íntima de estas producciones, los autores están de acuerdo en atribuirla una hipertrofia de la mucosa uterina, con adicion de productos fibro-plásticos. Para mas detalles consúltense las observaciones microscópicas de Ch. Robin (3), Lebert (4), Leon Ferrier (5), Rouyer, Goldschmidt, etc.

§ II.—Causas.

Edad.—No se encuentran fungosidades antes de la pubertad, las enfermas mas jóvenes están comprendidas entre los veinte y veinti-

(1) Richet, *Bulletin de la Societété de chirurgie*, 26 Enero 1855, t. V, p. 257.

(2) Léon Ferrier, *Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus*, thèse. Paris, 20 Mayo 1854.

(3) Ch. Robin, *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et physique de la muqueuse utèrine (Arch. gén. de méd.*, 1848, t. XVII).

(4) Ph. N. Juteau, *De l'hémorrhagie utérine essentielle*, thèse. Paris. 5 Agosto 1850.

(5) Ferrier, *De fongosités utérines, etc.*, thèse. Paris, 1854, Cette dissertation est accompagnée de fort belles planches.

cinco años; desde esta edad aparecen las fungosidades en todas las épocas de la vida, y sobrevienen en la edad crítica.

El siguiente cuadro indica la frecuencia de los casos en que el orígen del mal parece haberse demostrado con alguna precision:

De 20 á 25 años	5 casos.
— 25 á 30	8
— 30 á 35	3
— 35 á 40	5
— 40 á 45	4
— 45 á 50	3
De más de 50	2
Total	30 casos. (Goldschmidt.)

Herencia.—Segun Rouyer, A. Nélaton ha tenido ocasion de observar muchos casos de fungosidades intra-uterinas en mujeres cuyas madres habian presentado la mismas afecciones.

Embarazos anteriores.—Las fungosidades se han observado casi siempre en mujeres que han tenido hijos. El siguiente cuadro compuesto por Goldschmidt segun el plan presentado por Rayer, pero con mayor número de datos, dará una idea exacta de la influencia de los embarazos:

Mujeres que no han tenido embarazos	2 casos.
— — han tenido abortos	5
— — un parto	12
— — dos —	5
— — tres —	6
— — partos laboriosos	6
Total	36 casos.

Sin embargo, este total debe reducirse á 25 porque 9 mujeres figuran al mismo tiempo entre categorías de abortos, partos y partos laboriosos.

Richet ha podido observar que en todas las mujeres cuya historia pudo recogerla el parto no se remontaba á mas de dos años.

Estas nociones atestiguan la influencia de una metritis anterior sobre el desarrollo de las fungosidades uterinas.

§ III.—Síntomas.

Los autores que han descrito con mas cuidado las fungosidades intra-uterinas, la atribuyen todos los síntomas observados en las mujeres, tales como desarreglos menstruales, peso en la pélvis, tirantez en los lomos, piernas é íngles, puntos dolorosos en el sacro, fosas ilíacas, region lumbar, etc. Creemos que ha habido abuso en este concepto. Estos síntomas son comunes á todas las enfermedades uterinas, y depende la congestion del órgano y de la acion de estas le-

siones sobre los nervios; pertenecen más bien á la metritis que determina las fungosidades que á estas mismas; en fin, solo sirve para llamar la atencion hácia el útero, mas bien que para establecer el diagnóstico de las fungosidades.

Los *dolores* y las *hemorragias* son los únicos síntomas que parecen tener importancia.

Los *dolores* son rara vez intensos; suelen ser sordos, irregulares, intermitentes, y aparecen preferentemente en las épocas menstruales ó en su proximidad, (Alf. Robert); afectan con frecuencia el carácter de *dolores expulsivos*, semejantes á los que hemos descrito en la dismenorrea con desprendimiento de la mucosa uterina.

Las *hemorragias* son las que expecialmente caracterizan las fungosidades, lo que no debe estrañarnos porque en suma las fungosidades no son mas que vegetaciones célulo-vasculares semejantes á las que se producen en los vejigatorios ó heridas en supuracion, y sabido es cuán frecuentemente sangran estas superficies. Así los flujos de sangre son casi contínuos, produciendo un rápido empobrecimiento que se ha atribuido equivocadamente á las mismas fungosidades.

En cuanto á los flujos blancos, no nos ocuparemos de ellos, pues pertenecen mas á la metritis interna que á las mismas vegetaciones.

Se han considerado como *complicaciones* las granulaciones del cuello, el aumento de volúmen del cuerpo del útero, el reblandecimiento del tejido de este órgano, la complicacion de su cavidad, las flexiones, versiones, etc., pero estos, segun V. Racle, resultados de la metritis cuyas fungosidades dependen de los elementos anatómicos.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Es probable que las fungosidades uterinas no tengan tendencia á la curacion expontánea, porque se han observado en mujeres de mas de setenta años, siendo posible se hubiesen desarrollado dentro del período genital. Pero puede creerse que en la época de la menospausia tiendan á suprimirse por sí mismas las hemorragias, cesando las congestiones uterinas, y entonces las fungosidades pueden persistir como lesion anatómica y como restos de una metritis curada, pero sin dar lugar á ningun síntoma grave.

Si es posible este modo de terminacion, es menester convenir que, en la mayor parte de los casos, las enfermas desmerecen, se aniquilan por las hemorragias contínuas y repetidas, terminando por presentar todos los síntomas de la cloro-anemia. No puede extrañarse que la muerte sea su consecuencia, pero aun no se han observado ejemplos.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* se confunde algun tanto con la terapéutica. En efecto, por la introduccion de la cucharilla uterina se puede llegar á la demostracion de la existencia de la lesion. Si, en una mujer que tiene una metrorragia, la sonda uterina ó la cucharilla da á conocer la mayor cavidad del útero, la ausencia de los pólipos, y si arranca con facilidad coágulos de la mucosa en los que se perciben glándulas utriculares, se establecerá el diagnóstico. Los *pólipos* y los cuerpos fibrosos voluminosos dan al cuerpo del útero un desarrollo proporcional, y acaban por dilatar y pasar el cuello uterino. El *cáncer* se reconoce por un flujo sanioso. Un *embarazo incipiente con inminencia de aborto* determina en el estómago y en los pechos fenómenos simpáticos, que no existen aquí, y además los progresos del embarazo hacen disipar todas las dudas.

La terminacion por la muerte no es de temer; sin embargo el *pronóstico* es grave, en el concepto de que, hasta la menopausia no puede esperarse una curacion expontánea, pudiendo caer las enfermas en un estado de empobrecimiento. Entonces las lesiones preexistentes pueden hacerse predominantes y determinar la muerte; de este modo han sucumbido en algunos casos las enfermas por metro-peritonitis y supuracion de los ovarios (Rouyer, Goldschmidt).

En fin, cuando el diagnóstico se ha establecido, el médico está tanto mas dispuesto á formular un pronóstico favorable, y á animar la enferma cuanto pueda, á esperar una curacion radical.

§ VI.—Tratamiento.

Contra una lesion puramente anatómica, sabido es que solo producirá efectos favorables un tratamiento quirúrgico. Sin embargo, la cucharilla uterina, no deberá emplearse sino en los casos relativamente graves, y cuando hay seguridad de que no existen ni reblandecimiento ni flexiones del útero, en cuyo caso pudieran producirse perforaciones. Se imitará la reserva de Nélaton, que se abstuvo de practicar esta operacion en un caso en que dolores agudos demostraban la existencia de una inflamacion aguda de las vísceras pelvianas; la enferma murió algunos dias despues sin ser operada, presentando todos los síntomas de una peritonitis muy intensa. (Rouyer.)

Así, pues, de acuerdo con Rouyer, y en contra de la opinion dé Scanzoni, creemos que debe recurrirse á la *eliminacion* de las fungosidades con la *cucharilla uterina*.

Recamier ha sido el inventor del método y del instrumento, y casi todos los médicos y cirujanos modernos le han seguido con éxito (Trousseau, Nélaton, Alf. Robert, Follin, Malgaigne, etc.).

La *cucharilla uterina* (fig. 19) está dispuesta del modo siguiente:

cerca de la extremidad obtusa de una varilla de hierro del grueso de una pluma de escribir próximamente, existe una canal bastante profunda de 5 milímetros de ancha recordando, pero en proporcion mas



Fig. 19.—Dobl ecucharilla uterina de Récamier.

considerable, la disposicion de los porta-cáusticos uretrales. El instrumento, rectilíneo en su direccion general, describe cerca de su extremidad una corvadura, quedando la canal en la concavidad. Una ranura semejante existe en la otra extremidad. Los bordes de estas canales deben ser *obtusos* y no cortantes como podria suponerse, porque el tejido es blando, friable y fácil de separar.

El instrumento se introduce con precaucion y lentitud en el útero, se le imprimen movimientos de *rotacion sobre su eje*; los bordes de la canal desprenden la mucosa que se acomoda en su cavidad y la llena despues de dos ó tres vueltas. Despues se retira el instrumento con precaucion.

Puede suceder que se encuentre alguna dificultad en el momento en que la extremidad de la cucharilla llega al orificio cérvico-uterino ó interno, lo que parece depender de una contraccion espasmódica, en cuyo caso se hacen varios tanteos sin violencia, logrando al fin penetrar en la cavidad uterina.

El diagnóstico dará á conocer si existe un cambio en la direccion ó en la forma del útero. Si hay una incurvacion anterior ó posterior, no deberán imprimirse á la cucharilla movimientos de rotacion sobre sí misma, porque la extremidad uterina, trazando un arco de círculo muy considerable, podria desgarrar las paredes uterinas. En este caso solo se harán pequeños movimientos de lateridad en la cucharilla, rozando la cara interna del órgano. Pueden emplearse instrumentos cuya corvadura corresponda á la del útero.

En estos casos, como en los que la matriz, conserva su direccion normal, es necesario operar con lentitud, conduciendo el instrumento sin violencia y sin luchar con las resistencias.

Para conducir la cucharilla á la cavidad uterina, servirá de auxiliar el espéculum bivalvo, colocándola en el espacio que separa las dos ramas, circunstancia que no puede realizarse en los cilíndricos.

Las consecuencias inmediatas de la operacion son sencillas en casi todos los casos; resulta un dolor generalmente poco intenso, que persiste durante una ó dos horas, á veces mas, pero que desaparece durante la noche siguiente á la operacion. Debe aconsejarse la quietud durante algunos dias consecutivos. (Rouyer).

La necesidad de nuevas operaciones se deducirá del éxito obteni-

do. Algunas enfermas se curan en una sola operacion; en otras es menester repetirlas; y en algunas se ha empleado simultáneamente la cauterizacion intra-uterina. Goldschmidt resume en el cuadro siguiente los casos en que han sido necesarias una ó varias operaciones.

Una ablacion si cauterizacion	10 casos.
Dos ó mas ablacionés sin cauterizacion	2
Una operacion seguida de cauterizacion	4
Dos ó mas ablaciones seguidas de cauterizacion	10
Total	26 casos.

Una vez modificó Malgaigne el procedimiento operatorio; despues de haber descendido el cuello del útero hasta la vulva con las pinzas de Museux, *raspó* la cara interna del útero con bisturís corvos por el plano, y la enferma se curó.

Algunos médicos han propuesto separar las fungosidades con la uña; pero esta operacion necesita el descenso del útero y la dilatacion del cuello.

Accidentes.—Independientemente de los extraños á la operacion, la perforacion del útero puede producirse directamente (Rouyer). Puede sobrevenir sin gran violencia en las maniobras, á causa del reblandecimiento del tejido uterino. Ad. Richard ha indicado un caso de este género, que no tuvo ningun grave resultado (1).

Rouyer niega los casos de muerte despues de la ablacion, pues dice que no puede citarse cirujano que deplore tal desgracia. Alfredo Becquerel (2) ha indicado tres casos en que la operacion fué seguida de metro-peritonitis, siendo mortal uno de ellos.

Recidivas.—Fácilmente se comprende que la afeccion puede recidivar; pero es posible tambien que una sola operacion no pueda separar todas las fungosidades, y que las hemorragias se repitan por permanencia de aquellas (Rouyer, Nélaton, Follin). La curacion definitiva no se obtendrá sino por una operacion mas completa.

Inyecciones.—Cauterizaciones.—No nos ocuparemos de los procedimientos ya descritos al tratar de la metritis interna. Algunos médicos las creen suficientes, pero recordaremos que suelen ser peligrosas, mientras que el empleo de la cucharilla se considera como inofensivo. Goldschmidt cita casos en que habiendo sido impotentes algunos hemostáticos y en la cauterizacion, se obtuvo la curacion por la ablacion.

(1) Ad. Richard, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1855, t. V.
(2) Becquerel, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 193.

ARTÍCULO XI.

METRITIS PARENQUIMATOSA. INFARTO-UTERINO.

La cuestion del infarto del útero es exencialmente doctrinal, porque exige mas bien una interpretacion que una descripcion.

Lisfranc es el primero que ha insistido sobre los infartos del útero; se limita á afirmar su existencia, sin internarse en su naturaleza. Gendrin (1) le asigna una naturaleza inflamatoria y presenta indicaciones del tratamiento. Mas tarde, Velpeau niega los infartos del parénquima uterino, y refiere los casos descritos por Lisfranc á las diversas ó flucciones del útero. Para Nonat no se afecta el cuerpo del útero, sino el tejido celular peri-uterino, y entonces la expresion *flemon peri-uterino* debe reemplazar al de *infarto uterino*. En fin, para Bernutz, las lesiones existen en el peritoneo y la escavacion pelviana constituyendo una *pelvi-peritonitis*.

No debe asombrarnos esta diferencia de opiniones en presencia de una afeccion rara vez mortal, y cuyo exámen anatómico solo puede hacerse por excepcion.

Segun Nonat, el infarto está caracterizado por un aumento en el grosor de las paredes del útero, por una cohexistencia mayor que en el estado normal y una manifiesta hiperemia. Hardy y Behier (2), creen que es un derrame de materia plástica entre las fibras uterinas. En un caso particular citado por Depaul (3), segun Frederic Brird, una mujer de treinta y siete años, que sucumbió á consecuencia de una metritis crónica, se observó en el fondo del útero un grueso que representaba tres veces su espesor normal; un absceso desarrollado en la pared posterior se abria por un trayecto corto y estrecho en el recto, sin comunicar con la cavidad uterina.

Si se han podido negar los infartos de la totalidad del útero, con mayor energía se ha combatido la existencia de los infartos parciales. Así es que los que se encuentran en la pared pòsterior del órgano en los casos de retroflexion del útero, se han considerado por algunos autores como resultado de la posicion declive de esta parte; pero sin presentar ninguna razon apreciable que refute la opinion que considera al infarto como causa de la retroflexion.

En el estado actual de la ciencia, el solo hecho que nos parece útil señalar, es que en el caso en que se creia haber reconocido un infarto uterino, el tratamiento no diferirá del indicado en la metritis crónica interna. (Racle.)

(1) Gendrin, *Traité de l'étude anatomique des inflamations*. Paris, 1826.
(2) Hardy et Béhier, *Traité élémentaire de pathologie interne*. Paris, 1855, t. III, pág. 58.
(3) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1854, t. XIX, p. 638.

ARTÍCULO XII.

HIPERTROFIA DEL CUELLO DEL ÚTERO.

§ I.—Definicion é historia.

Bajo esta denominacion solo deben entenderse los casos en que hay aumento de la cantidad de fibras musculares y del sistema vascular de las paredes uterinas; la adicion de los productos plásticos atestigua un estado flegmásico y corresponden los casos observados á los infartos del útero. Pero es muy probable que la confusion se ha verificado mas de una vez entre ambas afecciones. En todo caso, la hipertrofia del cuerpo del útero aun no se ha descrito y la única conocida y bien descrita es la del cuello.

Morgagni (1) cita un caso que, segun Huguier, podria referirse á una prolongacion hipertrófica del cuello uterino; y segun Segard, Buisson, Bichat, Lallement, Dugés y Madame Boivin, Chelius, Lisfrac, Herpin, Moreau, refieren casos análogos; pero en general, solo existia un vicio de conformacion congénita.

Ph. Boyer (2) refiere dos casos de esta afeccion á los que habia aplicado la reseccion del cuello.

J. Cruveilhier habia ya indicado la prolongacion del cuello del útero como causa de esterilidad, y Virchow se ha ocupado recientemente de la *prolongacion de forma de trompa* de los labios del orificio uterino; pero es á Huguier (3) al que principalmente se debe la completa descripcion de este estado morboso. De este autor tomaremos la descripcion siguiente en lo referente á la hipertrofia de la porcion subvaginal del cuello.

§ II.—Síntomas.

De la prolongacion hipertrófica del cuello del útero.—En esta afeccion el cuello uterino forma, en la cavidad vaginal, un tumor prolongado, cilindróideo, cónico ú oval, cuya longitud puede variar de 4 á 7 centímetros, segun que esté en via de desarrollo ó haya llegado al último periodo de su evolucion. En general, en las niñas y las jóvenes que no han tenido hijos afecta el cuello del útero la forma conóidea muy prolongada y regular, cuya base corresponde á la insercion vaginal; el vértice es redondeado, ligeramente convexo, presentando en su centro un orificio circular, estrellado ó trasver-

(1) Morgagni, lettre XLV.
(2) Boyer, *Traite des maladies chirurgicales*, 5ª édition.
(3) Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus, etc.*, avec 13 planches in-4°. Paris, 1860 (*Mémoires de l'Académie*, t. XXIII, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, 1859).

sal. Por el contrario, en las ancianas que han tenido muchos hijos, se aproxima á la forma cilíndrica. El vértice del tumor es en general mas irregular que en el caso precedente, y presenta distintamente los dos labios mas desarrollados, y la hendidura que los separa mas pronunciada; ó presenta dos, tres ó cuatro tubérculos, en cuyo centro se encuentra la abertura cuya forma varía hasta el infinito. Puede suceder que este vértice (parte libre) sea mas grueso que la base del tumor; y es menester estar prevenido de esta circunstancia para no confundir el cuello del útero con un pólipo. En un caso referido por Lobstein, el cuello del útero tenia una longitud de tres pulgadas y una línea, al descender engrosaba, y su cavidad se dilataba, lo que producia en la parte inferior una extension de una pulgada y siete líneas. Al primer aspecto se hubiera dicho que habia dos matrices unidas por el cuello. Algunas veces, el tumor es vífido en su extremidad, y los dos labios del útero, unidos por una base comun, cilíndrica, mas desarrollada que la del hocico de tenca en el estado normal, formando dos lengüetas flotantes, aplastadas de delante atrás, en cuyo intervalo se encuentra el orificio uterino.... Esta parte hipertrofiada de la matriz conserva por lo comun su epitelio, color, consistencia, sensibilidad, en una palabra, todos sus caractéres normales, menos la forma y volúmen....

Si el padecimiento se desenvuelve de un modo lento, las mujeres no refieren sufrimiento mas que durante las relaciones sexuales que suelen ser imposibles; pero experimentan la sensacion de un cuerpo extraño pesado en la abertura vulv arcuando se sientan de pronto, en fin, la menstruacion no suele alterarse: si por el contrario la enfermedad sobreviene con rapidez, á consecuencia de una metritis intensa, de un parto laborioso, se modifica la menstruacion aumentando ó disminuyendo, llegando en ocasiones á constituir una menorragia que se unen á manifestaciones leucorréicas de diversa abundancia. La procidencia del cuello hipertrofiado determina inflamacion dolorosa de la vulva, alterando las funciones de la vejiga y expecialmente del recto. La estacion vertical suele ser penosa y aun imposible, y las mujeres se ven obligadas á abandonar sus habituales ocupaciones. La salud general se altera y la moral se afecta, sea por el temor de las consecuencias de la enfermedad, sea por la supresion forzada de los placeres sexuales.

Por el tacto se demuestra la excesiva longitud del cuello uterino dentro de la cavidad vaginal: en la extremidad superior de este conducto se observa que la base del cuello continúa sin interrupcion con la porcion supra-vaginal del órgano. La aplicacion del espéculum es muy dificil. En fin, el histerómetro que en el estado normal da una profundidad de 5 centímetros y $^1/_2$ á 6 y $^1/_2$, penetra hasta 8 y 13 centímetros.

§ III.—Anatomía patológica.

A los detalles que preceden, y que dan á conocer en gran parte la anatomía patológica, añadimos que «las arterias que se ramifican en la sustancia uterina, están mas desarrolladas que en el estado normal. Huguier ha disecado algunas de 1 milímetro y $^1/_2$ á 2 de diámetro. Las venas del tejido uterino, así como los plexos útero-vaginal y ovárico, están voluminosos, dilatados é ingurgitados de sangre. Los folículos mucosos de las inmediaciones del útero, y que en estado ordinario son apenas visibles, están hipertrofiados y dilatados; el orificio excretor está mas ó menos dilatado, pero no están alterados á lo menos en la mayoría de los casos.»

§ IV.—Diagnóstico.

El descenso uterino y los pólipos pueden confundirse con la hipertrofia del cuello.

«En el *descenso* del útero, la totalidad del útero, cuerpo y cuello está en la vagina dirigido hácia la vulva; la vagina se encuentra acortada, el fondo de saco útero-vaginal, desciende; la extremidad superior de la vagina adherente al cuello está invertida é invaginada en la porcion superior de este conducto, en razon del grado del descenso uterino. Si se introduce el dedo en los órganos genitales y se hace ascender la matriz y con ella la vagina, se percibe que es el fondo de este conducto un simple tubérculo redondeado que es el hocico de tenca con todas sus propiedades físicas, mientras que en la prolongacion hipertrófica aun complicada con descenso de la matriz, el dedo, aunque haga ascender el órgano y dé á la vagina su longitud, siente en el fondo de este conducto, no un tubérculo sencillo, sino un tumor conóideo ó cilíndrico que desciende hasta la vulva. Este carácter basta por sí solo para distinguir una afeccion de otra sin recurrir al histerómetro, que dista mucho de presentar en estós casos una verdadera utilidad, por su frecuencia en el descenso del útero, hay hipertrofia de la porcion supra-vaginal del órgano. En ambos casos puede haber prolongacion de la cavidad del útero por un desarrollo inverso y fácil de distinguir, lo que establece tambien una diferencia entre ambas afecciones. En el descenso del útero, el exceso de la cavidad está por encima de la insercion vaginal, con la prolongacion de la parte vaginal del cuello, la ampliacion está por debajo de esta insercion.»

Los *pólipos* procedentes del cuello que adquieren una forma conóidea, los que se confunden con uno de los labios del orificio uterino, en fin, los que presentan una cavidad, pueden confundirse con la hipertrofia del cuello. Hé aquí, segun Huguier, los signos por los que se hará la distincion entre ambas afecciones. Si es una prolon-

gacion del cuello, por mas cuidado con que penetre el dedo ó la extremidad del histerómetro procurando reconocer en la base del tumor un rodete ó anillo que le abraze mas ó menos extrechamente, no se conseguirá, solo se encontrará en uno de los puntos de la circunferencia de esta base, una abertura ó fisura por la que se llega á penetrar en la cavidad uterina. Por el contrario, en el caso de pólipo procedente de la cavidad uterina ó de la parte superior del cuello, si se examina con atencion la base del tumor (pedículo), se encuentra en su contorno un anillo ó rodete abrazando y extrangulando la base mas ó menos completamente. El dedo, ó por lo menos la extremidad, del histerómetro, puede pasar entre el pedículo y el anillo y penetrar en la cavidad de la matriz.

Si el pólipo ha tomado orígen en la parte inferior del cuello y se confunde con uno de sus labios, y con la parte correspondiente de la vagina, existe y se percibe en la parte opuesta un medio rodete y abertura irregular ó semi-lunar por la cual penetra el histerómetro en la cavidad del útero. Solo podrá producir incertidumbre la hipertrofia localizada en un solo labio del cuello uterino. El color, la consistencia, la forma y la sensabilidad del tumor en los dos casos sacarán al profesor de la duda.



Fig. 20.—Pólipo del útero.—*a*, parte superior; *b*, parte inferior; *c*, insercion y grueso del pedículo. (Simpson, fig. 12).

En fin, si el pólipo es hueco y presenta en su extremidad inferior un orificio que conduzca á su cavidad, pueden introducirse dos estiletes, uno en su cavidad y otro por la abertura situada cerca del pedículo del pólipo que conducirá á la cavidad uterina, que estará por encima de la primera. Nunca se encontrarán en las prolongaciones del cuello dos aberturas y dos cavidades (1).

Mencionaremos tambien el caso referido por Simpson (figura 20), en el cual llenaba un pólipo de tal modo la vagina que simulaba la existencia de una hipertrofia del cuello: el pólipo, que era muy prolongado, no tomó esta forma hasta que descendió á la vagina; de este modo el pedículo pudo cogerse y cortarse con el polipótomo.

(1) Huguier, Memoria citada mas recientemente, *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*. Paris, 1865.

§ V.—Causas.

Las hipertrofias del útero pueden dividirse en muchas categorías, bajo el punto de vista etiológico. La hipertrofia del cuello, estudiada aparte, unas veces crece lentamente y parece solo una anomalía, un vicio de conformacion por exceso de nutricion (Huguier); otras crece con mucha rapidez á consecuencia de una metritis intensa (Huguier, Hooper), determinada por una caida, un parto difícil. En este último caso cree Huguier que la debilidad de la vagina y su dilatacion y la de la abertura vulvar obran como causas ayudantes, porque el cuello ni está comprimido ni sostenido, y establece en su contorno, expecialmente debajo, una expecie de vacío en el que penetra y se desarrolla cómodamente, como sucede en las hernias epiplóicas, que solo se contienen por la piel débil y expesada, en las que el epiplon se hipertrofia considerablemente. A veces la hipertrofia del cuello uterino es para Huguier la consecuencia de irritaciones y de metritis repetidas en las mujeres de vagina corta que abusan de los placeres sexuales. En fin, en algunos casos (1) existe á la vez, en la mujer una hipertrofia del corazon y otra del cuello uterino (porcion supravaginal, en particular). En estos casos, á consecuencia del embarazo el estado transitorio de hipertrofia fisiológica del útero (2), en vez de resolverse como en el estado normal, persiste y se aumenta cada vez mas al nivel del cuello uterino. Del mismo modo se sabe que durante la gestacion, el corazon experimenta una hipertrofia fisiológica y pasajera, que J. F. Larcher fué el primero en reconocer (3), y que puede persistir anormalmente, una vez pasado el período de embarazo. Pues en estas mujeres del último grupo, el citado hipertrófico del corazon y del cuello uterino, prolongándose mas que lo que corresponde á la duracion fisiológica, termina por constituir un estado patológico.

Relativamente á la hipertrofia general del útero, á la que algunos autores, y en expecial Fl. Churchill, consideran como terminacion de ciertas metritis, se observan dos variedades que parecen las mas frecuentes: la primera depende de congestiones repetidas con frecuencia y se produce por lo comun á consecuencia de metrorragias persistentes; el útero ingurgitado por el flujo excesivo de sangre, no puede volver á sus dimensiones normales, y cada recrudescencia

(1) P. C. Huguier, Memoria citada, et depuis, *Observations recueillies en* 1864.
(2) Ch. Rouget, dans *Journal de physiologie de Brown-Séquard*, t. I. Paris, 1858.—Hélie (de Nantes), *Sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse*. Paris, 1865.
(3) J. F. Larcher, *De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse et de son importance pathogénique (Archives générales de médecine*, 1859, Memoria premiada por el Instituto en Diciembre 1862).

de la hemorragia aumenta su volúmen (1). En la segunda variedad, no es solo el cuello del útero, sino todo el órgano el que á consecuencia de la inflamacion ó de cualquier otra causa, no sigue las fases de su evolucion regresiva. (Simpson (2), West (3), Fl. Churchill).

§ VI.—Pronóstico.

La afeccion de que tratamos solo es grave bajo un solo punto de vista; es una causa de esterilidad. Dupuytren (4) y Huguier han citado casos en que la excision del cuello facilitó la fecundacion.

§ VII.—Tratamiento.

El *plan curativo* debe variar segun los casos. En una mujer de alguna edad que sufriera poco por esta hipertrofia, evitaríamos todo tratamiento activo. Si se trata de una mujer jóven, conviene evitar la esterilidad. Al principio cuando el volúmen del útero no pasa de 2 á 3 centímetros, si la afeccion está aun en el período inflamatorio, conviene emplear algunas emisiones sanguíneas generales ó locales, las inyecciones emolientes y despues las astringentes y tónicas. Si la enfermedad permanece estacionaria ó progresa, se practicarán cauterizaciones con nitrato de plata, la pasta cáustica de Viena solidificada (Filhos), el nitrato ácido de mercurio, ó el hierro enrojecido. Los pesarios son en general inútiles ó perjudiciales.

Pero cuando el mal resiste, y cuando el tumor adquiere una longitud de 5 á 7 centímetros, es menester recurrir á la *amputacion del cuello*. Esta operacion está indicada cuando las enfermas no pueden entregarse á los movimientos que exige su profesion, ó se producen graves accidentes por la ulceracion ó inflamacion del tumor ó partes inmediatas.

Huguier practica la operacion del modo siguiente, por medio de un *instrumento cortante*. No emplea el cloroformo á causa del poco dolor producido por la operacion y porque si sobreviene seria de naturaleza sincopal, y se uniria su accion á la del cloroformo para producir la muerte. El operador aconseja practicar la excision *sin dislocacion* del órgano, esto es, en el fondo de la vagina, el descenso del órgano hasta la vulva podria provocar fenómenos inflamatorios consecutivos. Comienza las incisiones sobre el cuello á medio centímetro por debajo de la insercion vaginal, con objeto de exponerse menos á no herir este conducto, ni debilitar las inserciones útero-vaginales,

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. franç. par Wieland et Dubrisay. Paris, 1866, p. 321.
(2) Simpson, *Obstetric works*, vol. I, p. 103.
(3) West, *Diseases of Women*, p. 91.
(4) F. G. Dumont, *Sur l'agénésie, l'impuissance et la dysgénésie*, thèse. Paris, 12 Agosto 1830.

que en otro caso podrian romperse en un parto natural ó laborioso posterior á la operacion. El único accidente que hay que temer es la hemorragia primitiva, que siempre podrá remediarse con el percloruro de hierro. «Huguier ha visto practicar y ha ejecutado él mismo la operacion muchas veces sin accidentes graves, y no puede decir otro tanto de la cauterizacion con el hierro candente.»

La operacion con el *constrictor lineal* (*ecraseur*) es larga y muy dolorosa si no se emplea el cloroformo. El instrumento es difícil de colocar, y se puede herir la vejiga é interesar el peritoneo. Sin embargo, estará indicado su empleo en una mujer anémica, ó si la base del tumor era voluminosa, y son gruesas las arterias hasta hacerse perceptibles los latidos.

Terminaremos añadiendo que Chassaignac ha adoptado el procedimiento de Huguier, dándole buen resultado en seis casos en que le ha empleado; Mayer, en Alemania, ha practicado una vez esta operacion. Uniendo estos casos á los que le son propios, dice Huguier tener un total de veinte operados, sin que se presenten accidentes graves manifiestamente dependientes de la operacion.

Sin embargo, Depaul (1) ha procurado demostrar que los medios terapéuticos y la cauterizacion convenientemente empleados, son casi suficientes en todos los casos; que desde entonces no conviene generalizar la amputacion de esta porcion del útero aun en las condiciones expuestas por Huguier; en fin, que á pesar de las observaciones referidas por él y deducidas de su práctica, esta operacion debe considerarse como una de las mas graves de la cirujía, y que ha costado la vida á muchas mujeres.

No tenemos la pretension de dilucidar este punto cuestionable, pero nos parece que Huguier no se decidió nunca á operar sin emplear antes todos los medios apropiados para la resolucion del padecimiento, y que, á pesar de la opinion contraria de Depaul, los accidentes pueden llegar á ser tan graves, que las enfermas pidan á toda costa una operacion quirúrgica.

ARTICULO III.

CÁNCER DEL ÚTERO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Esta enfermedad se encuentra designada en los autores con los nombres de *ulcus uteri*, *scirrhus* ó *schirrus utero*, *uteri degeneratio*, *úlcera del útero*, *ulceracion cancerosa*, *escirro*, *cáncer de la matriz*, *infarto escirroso y canceroso de la matriz*.

(1) Depaul [illegible] *hypertrophique*, etc. (*Bulletin de l'Académie de m*[illegible] t. XXIV, 1858 y 1859, p. 672, 727, 771).

Todos conocen la mucha *frecuencia* del cáncer del útero. Haciendo sus investigaciones Boivin y Dugés en mas de 700 casos de cáncer en la mujer, han encontrado 409 veces el cáncer del útero, esto es, en mas de la mitad de los casos; en general se puede decir que esta afeccion cancerosa es la que se observa con mas frecuencia.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—Casi siempre es hácia el fin del gran período de la menstruacion ó poco tiempo despues de la completa cesacion de la reglas, cuando se manifiesta el cáncer uterino. Así es que el mayor número de casos se presentan en mujeres de cuarenta á cincuenta años de edad. Sin embargo, no es raro ver mujeres atacadas de esta enfermedad que han pasado de esta última edad, pero estos casos son excepcionales.

Despues del período de cuarenta ó cincuenta años, las edades que suministran mas ejemplos de cáncer son, segun Lever (1): primero, la de treinta á cuarenta años, y despues las de veinte á treinta años. En los casos reunidos por Boivin y Dugés, no ha sucedido así, porque el período de veinte á treinta años ha dado mas casos que el de treinta á cuarenta años. Por consiguiente, hay que hacer, como se ve, nuevas investigaciones sobre esta materia.

Entre las causas predisponentes, se han reunido influencias bien opuestas. Así, pues, se ha dicho que los *excesos en el cóito*, los *goces precoces*, los *muchos partos*, el *aborto* y los *partos laboriosos*, predisponen al cáncer uterino; y por otra parte han afirmado que el *celibato* y una *continencia* demasiado rigurosa pueden colocar á las mujeres en la misma predisposiciòn.

Tambien se han incluido entre estas causas las *afecciones sifilíticas*; pero nada prueba que el vírus venéreo pueda dar orígen al cáncer. Cuando se dice que las mujeres públicas mueren casi todas á consecuencia del cáncer de la matriz, se afirma un hecho que es enteramente inexacto, como es fácil asegurarse de ello recorriendo las investigaciones de Parent-Duchâtelet (2), y las de los autores que se han ocupado expecialmente de las enfermedades venéreas.

No hacemos mas que mencionar entre estas causas la *esterilidad*, porque en los casos en que la enfermedad se ha presentado en una edad poco avanzada, ha sido la causa de la esterilidad mas bien que su efecto.

Todos los autores han incluido entre las causas de que se trata las *afecciones morales*, las pasiones tristes y los pesares duraderos.

La grande *irritabilidad* de las enfermas y una *sensibilidad* moral

(1) Lever, *Statistical notices of one hundred and twenty cases of Carcinoma uteri* (*Medico-chirurgical Transactions*, Lóndres, 1839, t. XXII, p. 267).

(2) Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3.ª édit. Paris, 1857, t. I, p. 237.

excesiva, son causas que están relacionadas con la precedente. Pero ¿no se ha confundido la irritabilidad producida por la misma enfermedad, con una irritabilidad prexistente que hubiera podido influir por sí sola en la produccion de la enfermedad?

Queda, en fin, la *herencia*; pero tocante á esto nada puedo decir que no se encuentre ya en la historia de los demás cánceres.

2.° *Causas ocasionales*.—Algunos autores creen que las *inflamaciones* mas ó menos repetidas de este órgano pueden producir el cáncer, ó mas bien en su modo de ver, el cáncer no es otra cosa que la consecuencia, el último término de una inflamacion crónica, que habiéndose descuidado por largo tiempo, se termina por la degeneracion del tejido uterino en tejido escirroso y encefalóideo.

Segun algunos autores, las *fluxiones periódicas* que experimenta el útero en las épocas de las *reglas*, deberán considerarse como una de las principales causas determinantes del cáncer. La dificultad de la menstruacion en la época crítica, no es un argumento tan poderoso como podia creerse. No hay duda que si la edad en que se desarrolla este cáncer fuese completamente aquella en que se observa esta afeccion en los demás órganos, pudiera considerarse como casi cierto que este trastorno de la menstruacion tiene una gran influencia; pero todos saben que no es así; de modo que es preciso seguir otro rumbo para llegar á la verdad. No obstante, estamos muy lejos de decir que la influencia de esta causa sea inadmisible; si sostenemos únicamente que para llegar á resolver esta cuestion difícil, seria preciso haber estudiado el estado de la menstruacion en un gran número de enfermas, y asegurarse de si la fluxion periódica mas ó menos marcada en las mujeres produce el efecto que se la atribuye.

Estas consideraciones que han hecho cuantos autores han estudiado bien el cáncer, nos autorizan á admitir la existencia de una *causa expecífica* que nos es enteramente desconocida en su esencia y que algunos autores han designado con el nombre de *diátesis cancerosa*.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—El estudio de la invasion debe extenderse á todos los casos, cualquiera que sea la forma del cáncer, porque nada prueba que esta forma influya en el modo con que se manifiesta la enfermedad en sus principios.

El síntoma mas notable de la invasion, y el que merece ocupar nuestra atencion de un modo expecial, es la *metrorragia* que en cierto número de casos se presenta sin que nada haya podido hacer temer su aparicion, en algunos otros ha precedido á esta aparicion cierta irregularidad de la menstruacion, dolores mas ó menos intensos y quizá un flujo particular, y finalmente (y este es el punto ca-

pital), que en ninguno de los casos auténticos y evidentes que hemos podido reunir, han precedido al cáncer los dolores prolongados y demás síntomas propios de la metritis crónica.

Resulta de estas consideraciones que la metrorragia fuera del parto, nunca debe ser examinada con demasiada ligereza. No es decir que este síntoma anuncie siempre un estado grave, muy lejos de esto, todos los dias estamos observando flujos uterinos que no tienen consecuencias desfavorables. Hé aquí las circunstancias que mas particularmente harán temer la invasion de una afeccion orgánica. La metrorragia que aparece al principio del cáncer sobreviene con frecuencia fuera de la época en que deben presentarse las reglas, y á veces despues de haber cesado completamente la menstruacion, siendo por lo comun abundante. Por consiguiente se deberán notar con cuidado estas circunstancias cuando se trate de fijar el principio de la invasion del cáncer del útero, y si á consecuencia de una hemorragia de este género se observa que aparece peso hácia el recto, dolores uterinos y un flujo contínuo, y se reconoce al mismo tiempo una tumefaccion con dureza, irregularidad y palidez del cuello uterino, se debe considerar como confirmada la enfermedad.

1.° **Cáncer no ulcerado.**—En la inmensa mayoría de los casos, se presenta el cáncer durante el primer período de la enfermedad sin ulceracion. En efecto, es muy raro observar que esta afeccion cause la muerte de las enfermas, sin que se hayan formado antes úlceras mas ó menos profundas que por lo comun destruyen, no solo el útero, sino tambien los órganos inmediatos. Cuando ha habido ocasion de examinar anatómicamente el cáncer no ulcerado del útero, las enfermas habian sucumbido casi siempre de una enfermedad intercurrente que se habia hecho tanto mas grave, cuanto mayor era el estado de extenuacion en que las habia cogido. Se han descrito muchas *formas* del cáncer no ulcerado, pero bastará que indiquemos las particularidades que presentan cuando describamos la exploracion del órgano por el tacto y por medio del espéculum.

El *dolor* es uno de los fenómenos mas importantes del cáncer del útero; pero aparece expecialmente cuando este se halla reblandecido y ulcerado. En efecto, no es muy raro observar mujeres que con los síntomas de la invasion y presentando un infarto escirroso evidente no acusen verdaderos dolores; pero hay muy pocas que no experimenten una sensacion contínua de *plenitud* en la pélvis y *peso* incómodo hácia el perineo, perceptible principalmente cuando andan y cuando están sentadas. Algunas veces se manifiestan tambien los dolores verdaderos desde el principio, y entonces consisten en *tiranteces* á los lomos y á las íngles, y *punzadas* en las mismas partes, en el hipogástrio y á veces en los muslos; pero carecemos de investigaciones bien exactas, respecto á la intensidad de estos dorores y á su forma en los primeros tiempos de la enfermedad. El dolor puede exacerbarse muchísimo por la *presion*, lo cual se reconoce tocando el

cuello del útero por la vagina, el cuerpo por el recto, y palpando además por el hipogástrio este último punto.

Por el *tacto* se percibe una tumefaccion mas ó menos considerable de la totalidad del órgano ó tan solo de una de sus partes.

Por medio del *tacto vaginal* se reconoce el *estado del cuello*, que por lo comun es el único afectado, sobre todo en la época de la enfermedad de que nos estamos ocupando. Esta parte se halla *dura*, *voluminosa* y presenta ordinariamente *abolladuras* irregulares, separadas por depresiones fáciles de percibir con el dedo. De aquí resulta una deformidad mayor ó menor del órgano, pues uno de sus puntos ó varios á la vez están muy voluminosos, al paso que los demás parecen *deprimidos* y como atrofiados. Se observan tambien *desviaciones* frecuentes del cuello, que por lo comun se dirige hácia atrás y á veces adelante.

El tacto vaginal en que es necesario insistir, porque no es muy raro hallar enfermas que no quieren someterse al exámen por el espéculum ni al tacto rectal, da á conocer tambien si está afectado el cuerpo del útero. Introduciendo profundamente el dedo en el fondo de saco que forma la vagina y levantándolo el órgano, se halla este *mas duro* y *mas pesado*, ó bien combinando esta exploracion con el tacto hipogástrico se obtiene una medida aproximada del desarrollo de la matriz. Cuando este desarrollo es considerable se alcanza con facilidad el fondo del órgano comprimido sobre el hipogástrio, y los movimientos ligeros que se imprimen á esta parte se perciben inmediatamente en el dedo que levanta el cuello. Cuando el útero ha adquirido un volúmen bastante grande, suele estar como enclavado en la pélvis menor, de modo que es imposible imprimirle estos movimientos que es tan fácil hacer ejecutar á un útero sano. Por el tacto y la palpacion hipogástrica combinados se aprecia tambien con exactitud la existencia de esta inmovilidad, á la que contribuye á veces la formacion de adherencias resultado de peritonitis parciales.

Por el *tacto rectal* se conoce mas fácilmente el estado del cuerpo del útero, que se halla duro, por lo comun abollado, difícil de levantar y que comprime mas ó menos el recto.

Por la *palpacion hipogástrica* se puede alcanzar el cuerpo del útero cuando está desarrollado, como mas arriba lo hemos dicho, y en ciertos casos es esto sumamente fácil.

El mismo modo de exploracion sirve para reconocer que el cuerpo está sano, mientras que el cuello se halla afectado, pero la *percusion* del hipogástrio da resultados todavía mas exactos.

Cuando el cuerpo del útero se encuentra en estado normal, el hipogástrio presenta en todos sus puntos su resonancia normal, y la *percusion* no es dolorosa. Cuando se halla afectado, se nota inmediatamente por encima del púbis un sonido á macizo que sube á mayor ó menor altura á lo largo de la línea media, y que termina en una línea curva con la convexidad hácia arriba, por encima de la cual se

percibe el sonido intestinal. La percusion es por lo comun muy dolorosa cuando el cuerpo de la matriz se halla profundamente afectado y sobre todo cuando hay lesiones superficiales; así, pues, solo se debe emplear con mucho cuidado este medio de exploracion, que sirve tambien, como se ve, para poder apreciar el grado de sensibilidad del órgano. Cuando los anejos del útero se alteran por el cáncer, la línea de la macidez se extiende á las fosas ilíacas.

El *exámen por medio del espéculum* es un recurso grandisimo para el diagnóstico, razon por la cual es preciso insistir mucho con las enfermas á fin de que se sometan á esta exploracion. Es verdad que solo sirve para conocer el estado del cuello; pero como es sumamente raro que el cáncer esté limitado al cuerpo del útero, como en la mayoría inmensa de casos esta enfermedad empieza por el cuello, por lo comun permanece limitada á esta parte, ó á lo menos penetra á poca mas profundidad, y como esto sucede expecialmente en una época poco distante de la invasion del mal y cuando el cáncer no se halla ulcerado, caso de que ahora nos estamos ocupando, puede decirse que de todos los medios de exploracion, el espéculum es el mas exacto. Marjolin admite *cuatro formas primitivas principales* del cáncer uterino, que pueden reconocerse por medio del espéculum, y asegurarnos diariamente que su descripcion es exacta.

Forma primera.—Tumorcitos duros, circunscritos, redondeados, del volúmen de un guisante hasta el de una avellana cuando mas, rojos ó de color leonado, surcados por vasos superficiales, indolentes por mas ó menos tiempo, y despues ordinariamente dolorosos al tacto y con tendencia á ensancharse. A veces estòs tumores se desarrollan primitivamente en la union del cuello con la vagina (fig. 21).

Forma segunda.—Infarto duro, desigual y abollado, á veces disminucion de volúmen y dilatacion del orificio, y color pálido sucio del cuello, que no presenta granulaciones como en la inflamacion de la mucosa (fig. 22).

Forma tercera.—Tumefacion de uno ú otro de los labios del cuello ó de ambos á la vez y en una extension variable; consistencia desigual, y por lo comun dureza en la base y blandura en la superficie; inversion de los labios y escoriaciones (fig. 23).

Forma cuarta.—Infarto general é irregular, de color rojo oscuro. Esta expecie de la afeccion, dice Marjolin, es la que con expecialidad, pasando al estado de cáncer confirmado, produce en unas enfermas el cáncer encefalóides, y en otras el cáncer fungoso sanguíneo.

Una dureza mas ó menos notable, con deformidad del cuello, constituye el carácter anatómico mas frecuente del cáncer del útero en sus principios. Pero acabamos de ver que en algunos casos suceden las cosas de otro modo, y estos son precisamente los casos en que el diagnóstico ofrece dificultades, y en los que se deben estudiar con mas cuidado los síntomas y sobre todo los de la invasion.

Nunca tarda en aparecer un *flujo* mas ó menos abundante, que

suele serlo mucho con expecialidad cuando el cuello está entreabierto y la afeccion penetra á cierta profundidad en el cuerpo del órga-

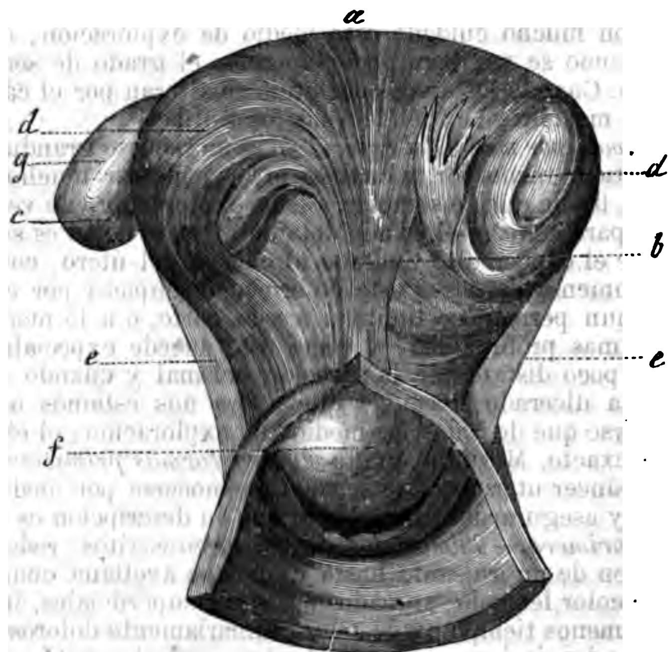


Fig. 21.—Tumefaccion escirrosa del labio posterior del hocico de tenca á consecuencia de un aborto.—*a*, Fondo del útero; *b*, disposicion palmeada dé las fibras uterinas durante el embarazo, *c*, trompas; *d*, ovarios; *f*, labio posterior; *g*, tumor hydatiforme. (Boivin y Dugés, *Atlas*, lámina XXIII, (fig. 15).

no. Este flujo tiene un color variable, por lo comun es rosado, rojizo, á veces agrisado y otras contiene tambien una cantidad de sangre

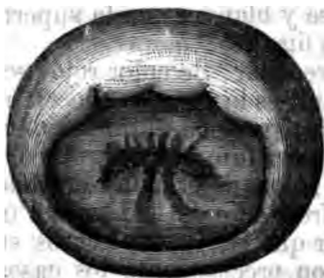


Fig. 22.—Hocico de tenca escirroso.—Orificio ámpliamente abierto, bordes duros, delgados y acortados. (Boivin y Dugés, *Atlas*, lám. XXIII, fig. 2).

bastante notable, cuya última circunstancia se observa mas bien cuando el cáncer está ulcerado ó ha pasado al estado fungoso. En los

primeros tiempos el olor de este flujo es soso y un poco nauseabundo, y mas tarde se hace penetrante, carácter que hallaremos en mucho mas alto grado en el segundo período del cáncer.

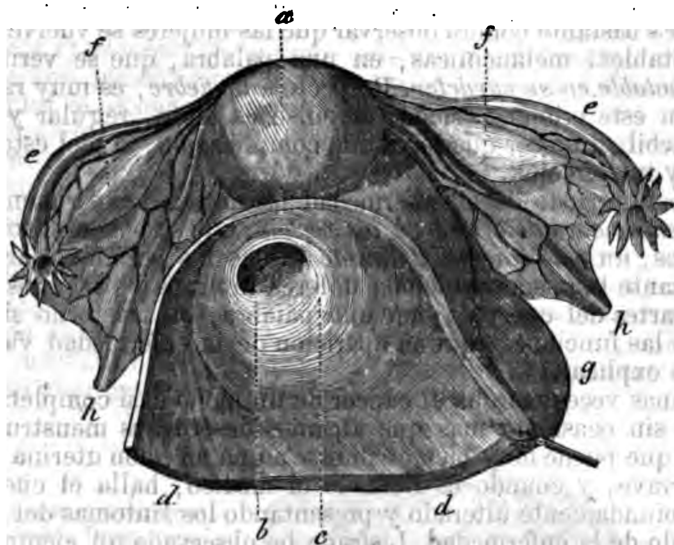


Fig. 23.—Degeneracion escirrosa del labio anterior del hocico de tenca. Hipertrofia enorme. Utero visto por la pared posterior. *a*, Cuerpo del útero hipertrofiado; *b*, labio posterior; *c*, labio anterior; *d*, vagina muy dilatada; *ee*, trompas de Falopio; *ff*, ovarios; *g*, porcion de la vejiga; *hh*, ligamentos redondos. (Boivin y Dugès. *Atlas*, lámina XXI).

Durante el curso de este primer período, se reproducen las *hemorragias* con mas ó menos frecuencia y con mayor ó menor abundancia. En algunas mujeres, es casi contínuo el flujo de sangre, es decir, que adelantándose siempre mucho la época menstrual y durante mucho las reglas, los intervalos vienen á quedar muy cortos. Por el contrario, en otras aumentan los intervalos, son por lo comun muy irregulares, y cuando sale la sangre lo hace ordinariamente con abundancia. Finalmente, algunas enfermas tienen hemorragias cuando hacen esfuerzos para mover el vientre, cuando se cansan ó cuando han sometido sus órganos genitales á alguna accion un poco violenta de cualquiera naturaleza que sea; pero esta forma de la hemorragia pertenece mas expecialmente al segundo período.

Al mismo tiempo que se observan estos síntomas locales, aparecen otros *generales* que distan mucho de carecer de importancia. Las enfermas se ponen débiles y lánguidas, enflaquecen, pierden su frescura, se quedan pálidas, y por lo comun adquieren ese ligero *color amarillento* que en todos los tiempos se ha indicado como propio del

cáncer en general. Ordinariamente las *digestiones* se hacen tambien difíciles, y presentan los desórdenes que tantas veces hemos citado al hablar de las demás afecciones del útero, lo cual depende, no tan solo de las pérdidas abundantes que sufren las enfermas, sino tambien del estado de debilidad general que resulta del desarrollo del cáncer. Es bastante comun observar que las mujeres se vuelven ásperas, irritables, melancólicas, en una palabra, que se verifica un *cambio notable en su carácter*. Respecto á la *fiebre*, es muy raro que exista en este primer período; el pulso es lento, regular y mas ó menos débil, á no ser que haya una complicacion, la piel está fresca y no hay traspiracion.

En este período de la enfermedad las mujeres experimentan algunas *sensaciones dolorosas en los pechos*, que se ponen duros y voluminosos, un *malestar inexplicable* que no las permite guardar un solo instante la misma posicion; dolores intensos y pasajeros en diversas partes del cuerpo, y en una palabra, un trastorno singular de todas las funciones, que la aparicion de la enfermedad viene por último á explicar.

Algunas veces marcha el cáncer de un modo casi completamente latente, sin ocasionar mas que algunos desórdenes menstruales, y un flujo que puede muy bien atribuirse á una afeccion uterina mucho menos grave, y cuando es llamado el médico, halla el cuello del útero profundamente alterado y presentando los síntomas del segundo período de la enfermedad. Lisfranc ha observado un ejemplo bien notable de esta clase en una jóven que habia conservado todas las apariencias de la salud, á pesar de hallarse el cuello del útero reducido á un putrílago. Por el contrario, se observan algunos casos en que este primer período ocasiona dolores intensos, cierto movimiento febril, una estenuacion mucho mas marcada que de ordinario, y grandes trastornos funcionales. Pero ya se nota que nada hay en esto que no se observe igualmente en las demás afecciones crónicas en que el curso completamente insólito de la enfermedad da á ciertos casos una fisonomía particular.

Período segundo.—**Cáncer ulcerado.**—Hemos dicho que el dolor es un síntoma mas ó menos manifiesto en el período segundo que en el primero, y entonces es cuando expecialmente se nota que el hipogástrio está sumamente sensible á la *palpacion* y á la *percusion*, y que el *tacto* ocasiona dolores intensos. Es raro que en esta época avanzada, no participe de la enfermedad el cuerpo del útero, ya sea que haya sido invadido por los progresos de la degeneracion, ya que la afeccion se haya desarrollado en esta parte desde el principio, lo cual es mas raro, ó ya, en fin, que sin estar cancerosa presente esta porcion del órgano un cierto grado de infarto ó de inflamacion. Si así no fuese, solo el tacto vaginal ocasionaria el *dolor provocado*, y por la palpacion hipogástrica y el tacto por el recto se reconoceria el estado de integridad del cuerpo.

El *dolor expontáneo* es por lo comun muy molesto para las enfermas, y consiste en *punzadas* dolorosas que recorren con mas ó menos frecuencia el perineo, el hipogástrio, la pélvis, los lomos y hasta los muslos; en tiranteces, en una sensacion de *calor acre*, y en una palabra, de los diversos dolores agudos que se presentan en todos los cánceres.

Se nota el *aumento de volúmen* del cuello y del cuerpo del órgano, lo mismo que en el período primero, y además por el tacto vaginal y rectal se reconocen los signos siguientes.

Por el *tacto vaginal* se halla el cuello del útero reblandecido en uno ó varios puntos y conservando en otros su dureza; ó bien un reblandecimiento general de esta parte del órgano con una *sensacion de crepitacion*, que indica Duparcque, ó tambien una ulceracion deprimida, mas ó menos profunda, con bordes duros é irregulares; ó vegetaciones mas ó menos voluminosas y en mayor ó menor número (figura 24); ó, por último, una destruccion por lo comun muy considerable de una porcion mas ó menos extensa del cuello, con deformidad y desviacion de esta parte del órgano, ordinariamente dilatacion de su abertura.



Fig. 24.—Degeneracion cancerosa del útero. Destruccion total del cuello, y de una parte de las trompas y de los ovarios.—*a*, cuerpo del útero sin indicios de la cavidad y del orificio; *b*, porcion ulcerada; *c*, concreciones mezcladas de gris sucio y amarillo en la superficie de la vagina; *d*, tumor adiposo; *e*, ligamento ovárico ulcerado; *f*, trompas tambien ulceradas. (Boivin y Dugés, *Atlas*, lámina XXX, fig. 2).

Si el cáncer ha hecho grandes progresos, se puede reconocer por el tacto vaginal una desaparicion casi completa del cuello, un endurecimiento de las paredes de la vagina inmediatas á él, y una tumefacion de los tejidos adyacentes.

Por el *tacto rectal* se suele notar al mismo tiempo que en el aumento de volúmen del cuerpo del órgano, la existencia de abolladuras irregulares, resistentes, y que ofrecen á veces diversos grados de consistencia. Cuando el cuerpo del útero se halla invadido en una

gran extension, su tumefacion puede ser muy considerable, y entonces se le halla al momento que se introduce el dedo en el recto sobre el cual pesa con fuerza, y llena de tal modo la pelvis, que no es posible moverle; está como enclavado, y esta inmovilidad se hace todavía mayor por el endurecimiento de los ligamentos y de los anejos del órgano, así como tambien por las adherencias que ha podido producir la inflamacion.

El *exámen por medio del espéculum* dejará ver el cuello uniformemente tumefacto, de color violáceo, con dilatacion de su abertura, y que sale por esta una sangre negra y grumosa en la que se encuentran por lo comun coágulos de diverso volúmen; ó bien se encuentra un tumor que se extiende en forma de *seta* por la superficie del cuello..., superficie ordinariamente *lobulada* y como granulosa, color rojo, parduzco y violado, produccion de un fluido rojizo, seroso, puriforme ó filamentoso, ó de sangre negra.

En una época mas avanzada el cáncer se halla ulcerado, y entonces se reconoce por el exámen con el espéculum el estado siguiente: Por lo comun en la base dura que formaba el infarto escirroso aparece una úlcera irregular, agrisada, de bordes elevados, duros é invertidos, que rezuman un líquido rojizo, incoroso, ténue y mas ó menos mezclado con sangre. Esta úlcera, que en los primeros tiempos de su aparicion puede ser muy pequeña y ocupa la cara interna de uno de los labios, hace diariamente progresos, destruye el labio en que reside, se propaga al otro, invade la base del cuello y puede extenderse á las pareces de la vagina, que destruye mas ó menos profundamente, dando orígen á lesiones de que vamos á ocuparnos inmediatamente

Otras veces se encuentra como consecuencia de la ulceracion un reblandecimiento, una verdadera *fusion* del cuello uterino; este curso de la ulceracion se nota principalmente en los casos de cáncer blando, á que se ha dado el nombre de cáncer fungoso, sanguíneo, hipersarcósico, etc. Entonces puede hacer la ulceracion progresos sumamente considerables en muy poco tiempo, y desprendiéndose en masa, por decirlo así, las partes inválidas, la destruccion del cuello es rápida, y puede el cuerpo mismo ser prontamente atacado.

Hay una reflexion práctica que conviene hacer apropósito del exámen por medio del espéculum, y es que cuando las lesiones no se hallan muy avanzadas, y sobre todo cuando todavía no han invadido la vagina, este exámen no presenta ningun inconveniente y hasta es incontestablemente útil para el diagnóstico; pero si se nos presentase una enferma con destruccion del cuello y además con una alteracion considerable del tabique recto ó véxico-vaginal, el tacto seria suficiente para el diagnóstico, y la *introduccion del espéculum*, difícil y dolorosa, *no tendria ninguna ventaja*, porque en estos casos no podia ofrecer mas interés que el de la curiosidad, que nunca debe servir de guia al médico.

Cuando el cáncer ha llegado al segundo período toma el *flujo* un nuevo carácter y se hace abundante é icoroso, y tiene un olor fuerte, penetrante y particular. Este olor es tan repugnante que obliga á aislar á las enfermas y á disponerlas inyecciones desinfectantes.

Al mismo tiempo aparecen los síntomas de la *caquexia cancerosa*. La piel está seca, escamosa, negruzca en las extremidades, de color amarillo-verdoso en todo el cuerpo, térrea y pegada á los huesos, los ojos hundidos, la nariz afilada, los labios descoloridos, y los dientes fuliginosos dan al semblante un aspecto cadavérico; á veces hay hinchazon y edema de las extremidades que se extienden á los muslos y al bajo vientre, diarrea colicuativa ó un estreñimiento pertinaz, vómitos porráceos, dolores atroces, no tan solo en el órgano primitivamente afectado, sino tambien de las articulaciones, en el periostio y en el tejido profundo de los huesos, y por último, la *calentura héctica*, los insomnios y los padecimientos intolerables, y á veces las hemorragias abundantes vienen á poner fin á esta horrible existencia.

No se crea, sin embargo, que todos estos síntomas se presentan en todos los casos en que el cáncer ocasiona la muerte de las enfermas, y así es bastante frecuente que falte el color negruzco de las extremidades; el del resto del cuerpo puede ser tan solo amarillo muy pálido, y los dolores pueden ser hasta el fin bastante tolerables y aun á veces nulos; pero sí es cierto que cuando el cáncer del útero ocasiona la muerte por sí mismo, es una de las afecciones crónicas que da orígen en sus últimos tiempos á los síntomas mas horrorosos.

Por otra parte, á consecuencia de la extension del cáncer del útero á los demás órganos (fig. 25), aparecen otros fenómenos que debemos indicar. Esta afeccion puede invadir, como ya hemos dicho, el tabique vexico-vaginal, y entonces se propaga á la vejiga en una extension mayor ó menor, lo cual da orígen á la *disuria*, la *estranguria*, y á veces á la *retencion de orina*, y luego que se apodera de estas partes la ulceracion, queda una fístula vexico-vaginal, por donde sale incesantemente la orina. Si esta extension de la enfermedad se verifica por el lado del recto, se observan alteraciones análogas; en los primeros tiempos hay estreñimiento, despues alternativas de estreñimiento y diarrea, y mas comunmente una diarrea contínua, y por último, cuando se ha establecido ya la fístula recto-vaginal *salen las materias fecales por la vagina*. En algunas enfermas se extiende la afeccion á un mismo tiempo por todos lados, y *la vagina se halla convertida en una cloaca infecta, por donde salen á la vez el icor canceroso, la orina y las materias fecales*, y expecialmente en estos casos es cuando los dolores llegan á ser atroces. Los anejos del útero, los ligamentos anchos, las trompas y hasta los ovarios concluyen á veces por participar de la afeccion cancerosa, y de aquí la inmovilidad del útero, los dolores que producen los movimientos que se trata de imprimirle, los tumores de los ovarios, etc.

en estos casos suelen estar cancerosos los gánglios abdominales.
En los tejidos que rodean al órgano afectado, se desarrollan á

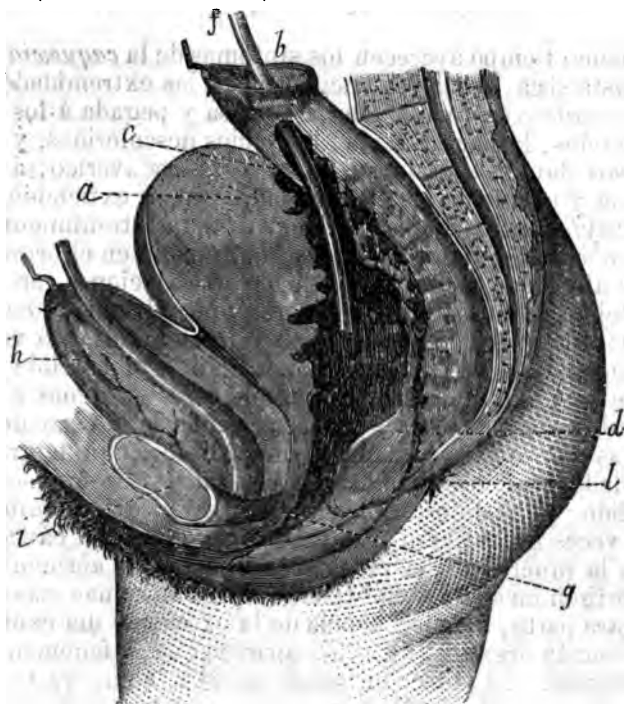


Fig. 25.—Cáncer del útero, del recto y de la pared posterior de la vejiga, con destruccion total del hocico de tenca.—La mujer que suministró esta pieza patológica estaba mucho tiempo sujeta á un estreñimiento pertinaz, verificando las deposiciones ventrales cada ocho, doce ó quince dias, y despues de hacer esfuerzos violentos se apercibió que los escrementos salian por la vagina.—*a*, el útero sin indicio de cavidad; *b*, el recto perforado; *cc*, perforacion del tejido del útero; *d*, porcion engruesada del recto adherente á la pared posterior de la vagina; *f*, estilete, *g*, pared anterior de la vagina; *h*, vejiga; *i*, púbis; *l*, esfinter del ano. (Boivin y Dugés, *Atlas*, lámina XXXI.)

veces inflamaciones parciales que dan orígen á signos particulares. Así *puede inflamarse el peritoneo* y ocasionar dolores vivos en la pélvis, que hacen insoportable la palpacion, y están acompañados de una fiebre mas ó menos intensa. De estas peritonitis parciales resultan las *adherencias* que contribuyen á hacer mas completa la inmovilidad de la matriz. Pueden formarse *abscesos* en los ligamentos anchos, y en una palabra, puede invadir la inflamacion todos los órganos inmediatos.

Otra consecuencia de la extension de la enfermedad es la *flegma-*

sia blanca dolorosa, que no es muy raro observar en las mujeres que padecen cáncer del útero.

En algunas enfermas se observan dolores que ocupan los dos nervios ciáticos, y que presentan todos los caractéres de la *nevralgia flemoro-poplítea* doble. En estos casos la afeccion ha invadido el plexo sacro.

Finalmente, hay á veces signos de cáncer de otros varios órganos, y esta *diátesis* puede ser tan general, que se han observado mujeres que presentaban una degeneracion cancerosa en casi todas las partes de su cuerpo, incluso el sistema huesoso.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* del cáncer del útero, puede ser latente durante cierto tiempo en algunos casos, como acabamos de decirlo. En otros es muy rápido, la desorganizacion hace grandes progresos, y va acompañado de síntomas generales violentos; pero en la gran mayoría de los casos, esta enfermedad sigue un curso crónico y contínuo. Es verdad, que lo mismo que en todas las afecciones crónicas, puede observarse á intervalos variables una mejoría mas ó menos marcada, ya sea natural, ya á beneficio del tratamiento; pero esta mejoría es pasajera y no tardan en volver á manifestarse los progresos de la enfermedad.

En los casos de metritis crónica, á los tres, seis y doce años solo se hallan lesiones de mediana gravedad, y un tratamiento bien dirigido lograba fácilmente su curacion; y por el contrario el cáncer, desde el tercero, cuarto ó quinto mes en la gran mayoría de los casos las lesiones ya son graves y profundas, y cuantos medios se emplean apenas obran como paliativos. Observemos, por último, que la duracion del cáncer está calculada sobre casos que han terminado por la muerte, y que, por el contrario, la de la metritis crónica resulta de un conjunto de hechos en los cuales se obtuvo constantemente la curacion, y que todo hacia creer, atendido el curso de la enfermedad, que si no se le hubiera puesto término por medio de un tratamiento activo, se hubiera perpetuado y hubiera podido durar un gran número de años.

Estas consideraciones me parecen de la mas alta importancia.

Terminacion de la enfermedad: la muerte es casi siempre su consecuencia. Es verdad que en algunos casos de operacion, de los cuales volveremos á ocuparnos al hablar del tratamiento, parece que se ha detenido por algun tiempo la enfermedad, y que hasta hay algunos en que no se puede decir que la curacion no ha sido completa, ya sea porque las enfermas han muerto de otra enfermedad al cabo de algunos meses, ya porque se las ha perdido de vista; pero cualquiera que sea la opinion que se forme acerca de este punto, no por eso es menos exacta la proposicion que dejamos sentada, porque aquí

solo se trata de la tendencia á la curacion por cualquiera otro medio que no sea la extirpacion del cáncer. Esta terminacion por la muerte, inevitable, puede acelerarse por las diversas complicaciones que antes hemos indicado.

§ V. Lesiones anatómicas.

Es raro que pueda examinarse anatómicamente un cáncer uterino en su primer período, y antes que se halle bastante adelantada la destruccion de las partes, expecialmente del cuello. En los casos bien descritos que tenemos á la vista, consistia la alteracion de una induracion mayor ó menor de los tejidos, con palidez, homogeneidad de las porciones tumefactas, y resistencia al cortarlas con el escalpelo, en una palabra, presentaban los caractéres bien conocidos del escirro. Sin embargo, sabemos que en muchos casos empieza el cáncer, por el contrario, por un reblandecimiento.

En una época mas avanzada, las lesiones son bien conocidas. Bayle (1) admite tres variedades.

«En la *primera*, dice, la capa fungosa es fuliginosa ó negruzca, y las partes que cubre son densas y de un color rojo lívido, surcadas por lo comun lo mismo que las partes circunyacentes por vasos sanguíneos, mas ó menos desarrollados é ingurgitados de sangre negra.»

«Esta *primera variedad* de Bayle corresponde á lo que los antiguos llamaban cáncer sanguíneo, fungoso, etc., y en un caso de este género que he podido estudiar detenidamente, despues de haber hecho macerar el útero durante algunas horas para privarle de la sangre de que estaba ingurgitada la superficie de la lesion, he hallado la base densa y en la reunion de la porcion sana con la parte afectada, un tejido morboso de color blanco mate, denso y homogéneo, en el que se encontraban los caractéres principales del tejido escirroso, y que era parecido á ese tejido azulado, brillante y homogéneo, cuya constancia he indicado en el cáncer del estómago.

»En la *segunda variedad*, la capa fungosa es gris ó pardusca, y las partes situadas por debajo son bastante densas, carecen enteramente de vasos sanguíneos, están empañadas ó son de un color blanco sucio, y son bastante parecidas al tocino.

»En la *tercera variedad*, el color fungoso es blanquecino ó ceniciento, y las partes que cubre medianamente densas, muy blancas, enteramente privadas de vasos sanguíneos, y semejantes en un todo al tocino; pero si se esprime el tejido de la matriz en los puntos así alterados, se ve que rezuma por un gran número de puntos una materia purulenta muy blanca y bastante espesa.»

(1) Ç. L. Bayle, *Remarques sur les ulcères dé la matrice* (*Journal de médecine de Corvisart*, Paris, año XI, t. V, p. 238).

Esta materia esprimida no es mas que el producto morboso á que mas tarde se ha dado el nombre de sustancia *encefalóidea* infiltrada; debe añadirse además á esta descripcion el aspecto particular que se nota con bastante frecuencia en ciertos tumores, y que ha hecho que se les diese el nombre de masas encefalóideas.

En cuanto á la base de las partes ulceradas, presentan bien evidentemente en estas dos últimas variedades que admite Bayle, el tejido particular de que hemos hablado antes de ahora, y que tanto interesa estudiar.

Sabido es que en el cuello uterino, mejor aun que cualquiera otra region, no se pueden establecer á simple vista distinciones precisas entre el cáncer y el cancroide, que, por otra parte, bajo el punto de vista clínico, presentan ambas una marcha igualmente rápida.

Segun las numerosas investigaciones verificadas por los micrógrafos para resolver esta dificultad, y las emprendidas por Rokitansky (1) y por Virchow (2), resulta que el cáncer está caracterizado por una trama de tejido conjuntivo de nueva formacion y de alvéolos microscópicos conteniendo células; mientras que el cancroide lo está por la ausencia de la trama y por la existencia de grandes alvéolos, visibles á simple vista y llenos de células epidérmicas á veces aglomerados en placas concéntricas. Pero la distincion que se pretende hacer por medio de estos caractéres y de algunos otros importantes (3), es tan difícil de aprender, que los autores que mejor han estudiado estas graves afecciones del útero, llaman unos cáncer á lo que otros denominan cancroide.

Así, á ejemplo de Cornil (4), evitando con cuidado el emplear las frases cáncer y cancroide, describiremos con el nombre general de *tumores epitélicos* los tumores malignos del útero.

1.° Unos, á los que Virchow y Paulicki (5) reservan mas particularmente el antiguo nombre de cancroide, presentan la disposicion descrita con la denominacion de *tejido heteradénico* (3.ª variedad) por Ch. Robin (6) y están caracterizados por la agrupacion de células epitélicas en una disposicion que recuerda los acini de las glándulas, de donde toman el nombre de *tumores heteradénicos*.

Recordaremos con motivo de esta disposicion el parecer de Clarke, que considera el carcinoma como afectando en general, y de preferencia, las porciones glandulosas de los órganos, creyendo por esta

(1) Rokitansky, *Lehrbuch der patholog. Anatomie*, 1846.

(2) Virchow, *Archiv für path. Anatomie und Physiologie*, t. I., 1.ª entrega, y *Gesammelte Abhandlungen*, 2.ª edicion, 1862, p. 1018.

(3) V. Cornil, *Mémoire sur les tumeurs épithéliales du col de l'utérus (Journal de l'anatomie et de la physiologie*, por Ch. Robin, t. I, 1864, p. 484).

(4) V. Cornil, *loc. cit.*, p. 485.

(5) Paulicki, *Allegemeine Pathologie*, 1863, p. 254.

(6) Ch. Robin, *Mémoire sur le tissu hétéradénique (Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurg.*, 1856);—et *Dictionnaire de médecine*, de Nysten, 11.ª edicion. Paris, 1864, p. 685.

razon que el cuello uterino está mas expuesto que otras regiones (1). Quizá esta opinion, de la que participan Bayerle y C. Wenzel (2), es solamente una interpretacion diferente de los casos estudiados por Ch. Robin y por V. Cornil, interpretacion apoyada por la presencia de las glándulas de Naboth. Fl. Churchill se pregunta con duda sino se podria referir el principio casi invariable de las ulceraciones sobre el orificio uterino y el cuello del útero á la existencia de estas glándulas (3).

2.° Otros tumores de naturaleza epitélica, á los que hay la costumbre de llamar *cáncer*, y que presentan casi siempre á simple vista la apariencia del encefalóides, están caracterizados por la forma de su trama y de su epitelio. En unos los alvéolos visibles á simple vista contienen células cilíndricas; en otros existe una trama de mallas finas y células de formas muy variadas, pero generalmente prismáticas.

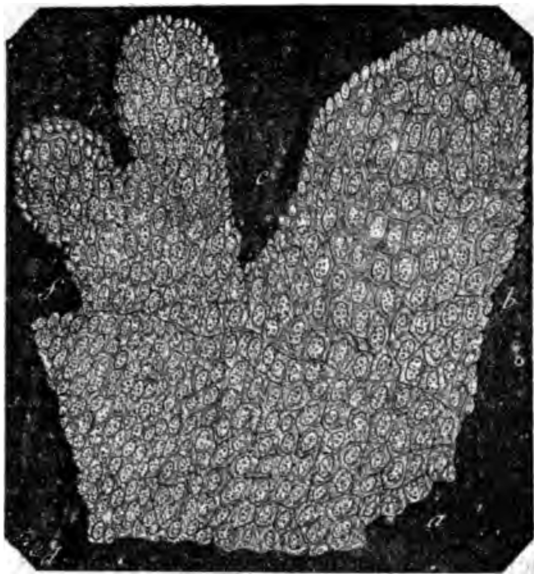


Fig. 26.—Tubos ciegos de un tumor heteradénico de la órbita.—*a*, *b*, *c*, porcion de estos tubos en los que el epitelio está dispuesto en células poliédricas; *d*, *e*, *f*, porcion de los tubos formados de epitelio nuclear ovóideo; entre los nucleos existe un poco de materia amorfa todavía no dividida en células; de *d* á *a* sigue la transicion de una á otra de las dos disposiciones indicadas anteriormente. (Ch. Robin).

Los *tumores heteradénicos* (generalmente llamados epitelioma glandular) cuya figura tomada del trabajo de Ch. Robin (4), da una idea general, se encuentra en varios puntos. El tumor representado aquí (figura 26) presenta un buen ejemplo de este tipo, procedente de la region orbitaria de una mujer. Cuando se observan estos tumores en el cuello uterino, pueden presentar los siguientes caractéres (5). Son blan-

(1) C. Clarke, *Diseases of females*, t. I, p. 211.
(2) Wenzel, *Ueber die Krankheiten des Uterus*. Mainz, 1816, in fol.
(3) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, p. 405. Paris, 1866.
(4) Ch. Robin, Memoria citada (*Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 55, fig. 1).
(5) La mayoría de los siguientes detalles están extractados del citado trabajo de V. Cornil, p. 485 y siguientes.

quecinos, no reflejan la luz de igual manera que lo haria un cuerpo blanco opaco, pero tienen cierta trasparencia análoga á la de la cera vírgen. Aunque conservan su forma cuando se les toca, son muy friables y se dejan penetrar fácilmente por la extremidad del dedo. De diferente consistencia de las conocidas del escirro y del encefalóide, presentan á la seccion una superficie seca, sin estar imbibida de jugo lechoso, y por la presion se obtienen solamente algunos grumos difíciles de disgregar, ó filamentos blancos opacos de 1 á 2 milímetros de longitud, y á veces mas vermiformes, que salen de cavidades cilíndricas visibles á simple vista. Examinados estos filamentos al microscopio en cortes longitudinales, aparecen bajo la forma de tubos prolongados, múltiples y anastomosados, como los tubos glandulares. Se componen de cilindros llenos, formados de células nucleares, prismáticas ó pavimentosas, aglomeradas entre sí por una sustancia amorfa granulosa, sin que nunca exista en su centro cavidad libre análoga á la de las glándulas tubulares normales. Las células epitélicas que forman los tumores heteradénicos del cuello uterino sufren en un momento dado degeneracion vexicular, adiposa ó epidérmica, su disgregacion ulterior determina la ulceracion y sus consecuencias, esto es, la formacion de estrías ó de rodetes vasculares, las hemorragias, etc.; y por último, el tumor se destruye en totalidad ó en parte por un proceso análogo al de la gangrena húmeda, dependiente de alteraciones secundarias de los vasos. Estas lesiones vasculares no tienden solo á la propagacion del cáncer á las venas, como ha indicado Broca (1); el papél de los vasos microscópicos y de los capilares en los tumores cancerosos, estudiado por P. Sick (2) y Otto Weber (3), permite demostrar la participacion del tejido conjuntivo de la membrana adventicia de los vasos en la formacion de las neoplasias.

Los *tumores epitélicos con alvéolos visibles á simple vista y con células cilíndricas (cilindroma)*, están caracterizados por cavidades alveolares abiertas en el espesor de los tejidos prexistentes, sea el útero ó las partes inmediatas. No parece posean trama de tejido conjuntivo de nueva formacion, y se distinguen claramente de los tumores heteradénicos por la apariencia de líquido, por su blandura, por el carácter de sus células y alvéolos que las contienen, así como por la ausencia de acini glanduliformes y de globos epidérmicos.

Los *tumores epitélicos tienen una trama de finas mallas y células de forma muy diversa en que domina la forma prismática (carcinoma medular, cáncer encefalóideo)* constituyen la variedad mas co-

(1) P. Broca, *Anatomie pathologique du cancer (Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1852, t. XVI).
(2) P. Sick, *Beitrage zur Lehre vom Venenkrebs*, Tubingue, 1862.
(3) Otto Weber, *Ueber die Betheiligung der Gefässe, besonders der Capillaren an den Neubildungen (Archiv für path. Anat.* von Virchow, 1864, t. XXIX, p. 84). Véase asímismo Ch. Robin, *Programme du cours d'histologie professé à la Faculté de médecine*. Paris, 1864, p. 102 y 207.

mun en el útero. A simple vista, cuando no están en el período mas próximo á la invasion, presentan los caractéres del encefalóides: su tejido es blanquecino, blando, abollado; se cubren cuando se ulceran de jugo lactescente muy abundante, que mezcla con el agua, saliendo á la presion por la superficie cortada; van además acompañados de gran desarrollo vascular. Su carácter distintivo y esencial consiste en la nueva formacion de una trama de tejido conjuntivo que sirve de union á los vasos y forma las cavidades alveolares, generalmente microscópicas, llenas de células epitélicas.

Por lo general, la alteracion patológica alcanza á los gánglios de las regiones inmediatas, ya directamente (1), ya por extension, sobre todo cuando ha comenzado la ulceracion del cuerpo ó del cuello. El tejido celular intermedio de los órganos pelvianos se depura tambien con frecuencia, lo que suele producir entre los órganos adherencias invencibles (2).

Además de la vagina, la vejiga, y el recto que, como hemos visto (§ IV), participan con frecuencia de la afeccion las trompas (3) y los ovarios (4).

El producto neoplástico se ha encontrado tambien en los vasos linfáticos que van de la pélvis á los gánglios inguinales (5), y en el conducto torácico (6), en el proas y hasta en los nervios ciáticos y crural (7).

Además de los detalles que preceden, mencionaremos la coincidencia de la tuberculosis pulmonar con los tumores epitélicos del útero; en efecto, aunque Jenning y Carswel hayan creido en el antagonismo de las dos neoplasias, Rokitansky, Broca, E. Wagner, y recientemente V. Cornil, han publicado casos que se pronuncian contra esta pretendida incompatibilidad (8).

(1) V. Cornil, *loc. cit.*, observation III, p. 492.

(2) W. F. Montgomery, *Cases of Cancer uteri*, caso 1 (*Dublin Hospital Reports*, Enero 1842, vol. V, p. 413).

(3) V. Cornil, *loc. cit.*

(4) Blundell, *Diseases of Women*, p. 159.—Voyez aussi Siebol, *Frauenzimmerkankheiten*, vol. I, p. 624.—Velpeau, *Mémoire tendant à prouver l'altération des fluides dans les maladies cancéreuses* (*Revue médicale*, 1825, t. I).—Schroeder van der Kolk, *De l'extension des cellules du cancer aux environs des tumeurs cancéreuses* (*Archives générales de méd.*, 1856, t. I, p. 54).

(5) Montgomery, *loc. cit.*, caso 2-3.

(6) Andral, *Précis d'anat. patholog.* Paris, 1829, t. I, p. 501, et *Clinique médicale*, t. V.—Voyez aussi: J. Cruveilhier, *Traité d'anat. patholog. génér.* Paris, 1864, t. V.—Hourman, *Mémoire sur le cancer utérin* (*Revue médicale française et étrangère*, 1837.—V. Cornil, *loc. cit.*, p. 634, et *Comptes rendus de la Société de biologie*, 3.ª série, t. V, 1863, p. 184.

(7) V. Cornil, *loc. cit.*, p. 637, et *Mémoire sur les tumeurs épithéliales des nerfs* (*Journal de l'anatomie et de la physiologie* de Ch. Robin, t. I, p. 187 á 191. Paris, 1864, lámina IV).

(8) V. Cornil, *loc. cit.*, p. 658.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Las únicas enfermedades con que pudiera confundirse el cáncer del útero son la *metritis crónica*, la procidencia de la matriz, un pólipo de este órgano y una úlcera simple ó venérea.

La *metritis crónica*, que sucede á veces á una metritis aguda, se anuncia por un flujo mucoso-purulento, peso y tumefaccion por lo comun considerable del cuello y del cuerpo, pero no por una hemorragia notable, como sucede en casi todos los casos de cáncer. La tumefaccion del cuello es uniforme, ó si se presenta abollado es de un modo particular; por el contrario, en el cáncer, la tumefaccion empieza por un punto é invade el resto del cuello, y ofrece como particularidad el tener abolladuras irregulares. La tumefaccion de la metritis crónica persiste por un tiempo ilimitado, sin que cambie nada el aspecto del tumor, y el cáncer empieza á reblandecerse ó ulcerarse al cabo de un tiempo, que por lo comun no es muy largo, y que puede no exceder de seis meses. Llegada esta época, lo que interesa es distinguirle de la úlcera simple ó venérea por los signos que diremos luego.

El flujo en la metritis crónica, es, como hemos dicho hace poco, mucoso-purulento, y en el cáncer está formado al principio por un líquido ténue, rojizo ó agrisado, y en seguida presenta un color rosado y sanioso, y tiene un olor fuerte, penetrante y expecial que no se observa en el flujo de la metritis.

Ya hemos dicho tambien que en la mayor parte de los casos, la mucosa del cuello afectado de cáncer no ulcerado está pálida, sucia y lisa; pero en la metritis crónica, como esta mucosa participa de la inflamacion, se halla mas ó menos roja y por lo comun granulosa.

Finalmente, cuando hay un cáncer, la constitucion general se deteriora pronto en la inmensa mayoría de los casos, y aparecen los signos de la caquexia cancerosa, sin que puedan invalidar esta regla las excepciones que se han citado. Por el contrario, en la metritis crónica no sobreviene la extenuacion hasta despues de largos sufrimientos, y aun entonces no presenta esta nada de particular y se parece á la demacracion de todas las afecciones crónicas.

La *existencia de un pólipo en el útero* solo puede hacer que se le confunda con un cáncer cuando el producto morboso no es apreciable al tacto. Entonces hay hemorragias frecuentes y abundantes que arrastran las enfermas á la anemia y á la extenuacion, el cuerpo del útero parece tumefacto, está pesado y puede sospecharse que existe un cáncer del cuerpo del órgano. Pero en primer lugar, hay que considerar que el cáncer del útero, limitado al cuerpo de este órgano, es y con mucho, el mas raro, lo cual ya debe inspirar dudas. En seguida, si se hace el tacto por el recto, se halla la matriz uniformemente desarrollada sin abolladuras; la anemia causada por un pólipo solo

ofrece semejanzas muy imperfectas con la caquexia cancerosa, y finalmente, no se observa en las materias escretadas ese olor particular que hemos indicado antes de ahora.

La *procidencia de la matriz* va casi siempre acompañada de metritis crónica, y hasta por lo comun es su resultado. Para conocer la inflamacion crónica y distinguirla del cáncer, tenemos los signos que mas atrás quedan expuestos, y volviendo el útero á su lugar por medio del tacto, se asegura el médico de que no hay inmovilidad de una porcion de su cuerpo y de las partes inmediatas, como sucede en los casos en que un cáncer ha invadido el cuello.

Suele ser difícil distinguir á primera vista ciertas *úlceras simples*, y sobre todo algunas *venéreas*, de la que resulta de la desorganizacion de la parte cancerada. Al hacer el diagnóstico de una úlcera simple, no se debe olvidar que es por lo comun poco profunda, que sus bordes no se presentan ni duros ni elevados, que la materia que de ella sale no tiene la fetidez expecial de la que produce la úlcera cancerosa, y que por último, no ocasiona esa debilidad particular, esa caquexia cancerosa de que hemos hablado repetidas veces.

En cuanto á la *úlcera venérea*, se debe tratar de distinguirla de la cancerosa principalmente por los antecedentes, pues los caractéres físicos serian muchas veces insuficientes. El estado general ó los vestigios de sífilis en otros puntos del cuerpo por una parte, y por la otra la existencia de uno ó mas cánceres en otros órganos, son circunstancias á que debe atenderse mucho. Por lo comun hay que apelar al tratamiento por el mercurio ó por el ioduro de potasio como medio de diagnóstico, y la prontitud con que desaparece la úlcera venérea hace cesar toda incertidumbre.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos del cáncer del útero no ulcerado, y de la metritis crónica.*

CÁNCER NO ULCERADO.	METRITIS CRÓNICA.
Al principio una ó mas *metrorragias* notables.	Al principio peso, flujo y menstruaciones difíciles, pero *no metrorragia*.
Tumefaccion *irregular* del cuello, abolladuras *desiguales*.	Tumefaccion *regular* del cuello, *rara vez* abolladuras regulares, debidas á las antiguas cicatrices de dislaceraciones.
Color sucio de la mucosa, que está *lisa* y como *bruñida* en los cánceres no ulcerados.	En el mayor número de casos *rubicundez* y *aspecto granuloso* de la mucosa.
Al poco tiempo *ulceracion*, ó á lo menos *progresos* de la enfermedad, que se extiende á otras partes.	La tumefaccion permanece *estacionaria* por mucho tiempo, ó aumenta con regularidad en los puntos primitivamente afectados; *no hay úlceras*.
Flujo *icoroso*, sanguinolento y de una *fetidez particular*.	Flujo *mucoso-purulento* con el olor que presenta en las demás afecciones uterinas.
Caquexia cancerosa.	*Extenuacion* que no se parece á la caquexia cancerosa.

2.° *Signos distintivos del cáncer ulcerado y la úlcera simple ó venérea de la matriz.*

a. CÁNCER ULCERADO.	a. ÚLCERA SIMPLE.
Profundo, bordes *duros* y *elevados*.	*Superficial*, bordes *blancos* y *poco elevados*.
Supuracion *saniosa* y *fétida*.	Supuracion *sin caractéres particulares*.
Las partes del cuello en que reside la úlcera cancerosa están *duras*, y á veces, por el contrario, *reblandecidas*.	Las partes del cuello en que reside la úlcera simple tienen su *consistencia normal* ó casi normal.
Signos generales del cáncer.	*No hay signos generales del cáncer.*

b. CÁNCER ULCERADO.	b. ÚLCERA SIFILÍTICA.
Conmemorativos: *No hubo úlcera venérea* en una época anterior.	*Conmemorativos*: *Úlcera venérea* anterior, expecialmente úlceras endurecidas.
No hay indicios de sífilis en las demás partes del cuerpo.	A veces *indicios de sífilis* en otra parte del cuerpo.
Signos generales del cáncer.	*No hay signos generales* del cáncer.
En los casos dudosos, *efectos del tratamiento*: la úlcera cancerosa *se modifica poco ó nada* por el tratamiento antisifilítico.	En los casos dudosos *efectos del tratamiento*: la úlcera venérea *se modifica pronto* por el tratamiento antisifilítico.

Pronóstico.—No hay afeccion mas grave que el cáncer del útero. Todos los casos en que se ha empleado, así un tratamiento interno como externo que no fuese la extirpacion de la parte afectada, han sido mortales, pues los que se han citado como ejemplos de cáncer curado por estos medios no presentan los signos característicos de esta enfermedad. En época en que estaba muy en boga la amputacion del cuello, se consideraba á los cánceres limitados á esta parte como infinitamente menos graves que los que se extendian al cuerpo del útero, porque solo los primeros permitian la operacion que entonces se creia casi inocente, y á la cual se atribuian numerosas curaciones. Pero hoy que un estudio mas detenido de los hechos ha probado que esta operacion es mucho mas peligrosa de lo que se creia, y que no tiene las ventajas que se le suponian, ya no es posible participar completamente de estas ilusiones. Es no obstante cierto que limitado el mal á una parte accesible á nuestros agentes directos, nos ofrece mas probabilidades de poder impedir sus progresos y de mitigar los padecimientos de la enferma; pero esto en nada modifica el pronóstico definitivo, sino que únicamente el peligro es, en igualdad de circunstancias, menos inminente. Mas ¿se deduce de esto que el cáncer debe ser considerado como una enfermedad siempre incurable? Indudablemente no, y debe guardarse en este punto la misma reserva que para los tubérculos. Pero no hay ninguna ventaja en hacerse esta ilusion, y al contrario, conviene que los prácticos ilustrados sepan bien que nadie hasta ahora ha citado un solo caso de cáncer del

útero, ni aun incipiente (cuyo diagnóstico no ofreciese ninguna duda), que haya sido curado por los numerosos tratamientos, expecíficos ó no, que hasta ahora se han preconizado. Falta, pues, aun hallar el tratamiento curativo, si es que esto es posible.

§ VII.—Tratamiento.

El *tratamiento* del cáncer es solamente paliativo. Esta afeccion es tan terrible y ocasiona á veces dolores tan atroces, que es muy interesante conocer los medios que pueden proporcionar alivio y hacer soportable la existencia.

1.° *Tratamiento del período primero.*—Muchos autores han considerado como pertenecientes á una misma enfermedad el infarto producido por la inflamacion crónica y el que resulta del cáncer. Así en las descripciones que nos han dejado, han expuesto de un modo general el tratamiento de estas diversas afecciones.

Este tratamiento es el que hemos presentado al hablar de la metritis (sangría, emolientes, narcóticos, iodo, mercuriales), si tiene ventajas cuando el infarto es canceroso, es solo como paliativo, y en cuanto á la aplicacion de estos diversos medios, se arregla á los síntomas que se observan y al estado general.

Así, pues, se prescriben la *sangría*, las *sanguijuelas* y las *ventosas escarificadas*, en los casos en que á los signos locales del cáncer, se agregan los del infarto sanguíneo, los trastornos de la menstruacion y un estado pletórico.

En las mismas circunstancias, y cuando el útero ofrece una sensibilidad exaltada, se recurre á los emolientes, á los baños, á las inyecciones narcóticas, etc., lo mismo que en la metritis crónica. El *régimen* y la *quietud* completan este tratamiento; que debe ser mas activo cuando se presenta además una inflamacion de las partes inmediatas.

Los *vomitivos* y los *purgantes* solo son útiles para combatir en algunas circunstancias los síntomas del infarto gástrico, ó para mantener el vientre libre, lo cual es comunmente necesario.

Se usan los *narcóticos al interior* contra los dolores intensos que ocasionan frecuentemente el insomnio; pero cuando estos medios son de la mayor utilidad, es en el tratamiento del segundo período, y por consiguiente entonces volveremos á ocuparnos de ellos.

Todos saben cuán grande reputacion ha tenido la *cicuta* para combatir los diversos cánceres, y así nunca se la ha dejado de administrar en los del útero; pero lo mismo que sucede en los casos en que la enfermedad reside en otros órganos, son demasiado dudosos los ejemplos de curacion para que se pueda considerar á esta sustancia como de mayor eficacia que los paliativos ordinarios. Es preciso ir aumentando gradualmente la dósis, y así se prescribirán de 5 á 30 ó 40 centígramos del extracto de cicuta, que las enfermas toleran muy

bien con tal que la progresion no sea demasiado brusca. Sin embargo, se debe vigilar en esta administracion el estado de las enfermas, y detenerse si apareciesen algunos trastornos funcionales que puedan atribuirse al medicamento.

Se ha hecho igualmente uso de los remedios llamados *resolutivos*, *fundentes* ó *desobstruentes*, del mismo modo que en la metritis crónica; los mas importantes entre ellos son los *mercuriales*, el *iodo* y los *preparados de oro*.

Finalmente, se ha recurrido á los *revulsivos* y *derivativos* en los casos en que se ha observado cierto grado de irritacion.

Estos medios no tienen mas efecto que combatir síntomas secundarios, efecto que, sin embargo, no debe despreciarse, porque si no se corrigiesen como corresponde estos síntomas, pueden aumentar la gravedad de la afeccion y acelerar sn curso.

2.° *Tratamiento del período segundo.*—Se debe insistir primeramente en este período en el uso constante de los medios que acabamos de indicar. Son expecialmente indispensables los *narcóticos*, porque principalmente en esta época es cuando los dolores son intensos y á veces intolerables, y así ofrecen un gran recurso el *opio* y las *sales de morfina*, cuyas dósis deben aumentarse gradualmente sin temer el producir el narcotismo, pero cuidando, sin embargo, de no llevarle demasiado lejos. De este modo se ha podido llegar á dar hasta 30 á 40 centígramos de opio, y aun mas, sin observar malos resultados. El uso de las *sales de morfina por el método endérmico* produce muy buenos efectos, y Duparcque cita un caso en que se han calmado unos dolores intensos sin que volviesen á aparecer desde que se hizo absorber cada dia 10 centígramos de *acetato de morfina* por la piel, privada de su epidermis por la aplicacion de un vejigatorio. Tambien son muy útiles las *inyecciones narcóticas*, y así se hacen con una infusion de yerba mora, á la que se añaden 1, 2 ó 3 gramos de *láudano*. Pero basta lo dicho respecto á estos medicamentos que todos conocen. Pueden tambien emplearse como anestésicos locales al *ácido carbónico* y el *cloroformo*, por los medios indicados al ocuparnos de la DISMENORREA.

Al mismo tiempo se recurre á medios mas directos, que son los *quirúrgicos*, y en primer lugar á la *cauterizacion*. En el mayor número de casos es insuficiente la cauterizacion ligera con el *nitrato de plata*; la que se practica con los ácidos tiene el inconveniente de ser difícil limitarla, y así quedan únicamente los cáusticos sólidos y el hierro enrojecido.

Cauterizacion.—Entre los cáusticos sólidos, no hay ninguno que mas fácilmente se emplee que el *cáustico de Viena solidificado*, segun el procedimiento del doctor Filhos, y al que se recurre principalmente en los casos en que existe una úlcera corrosiva. Debe renovarse la aplicacion hasta que llegue á los límites del mal, y así se ha llegado muchas veces á destruir casi enteramente el cuello del útero.

El doctor Jobert emplea con preferencia el *cauterio actual*. Introduce un *espéculum de marfil* de una sola pieza (fig. 27) para prote-

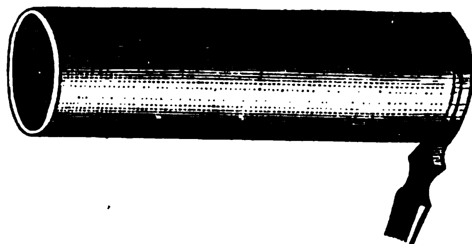


Fig. 27.—Espéculum cilíndrico de Churchill.

jer las partes, y en seguida toca el punto afectado con un cauterio que termina en boton y calentado al rojo blanco (fig. 29). Por este medio ha llegado á contener las hemorragias causadas por las fungosidades, y á destruir las partes cancerosas sin causar ningun dolor; cosa ya prevista, porque este cirujano ha demostrado anatómicamente que el cuello del útero carece de nervios. Otros médicos usan para las cauterizaciones el espéculum de varias valvas (fig. 28).



Fig. 28.—Espéculum Capron, cuyas valvas presentan ángulos redondeados, hacen la introduccion mas fácil y parece que se opone mas completamente á pellizcar la vagina.

Charriere ha construido piezas propias para coger el cauterio saliente si no tiene suficiente longitud. Estas pinzas se representan en la figura 30).

No hay ningun hecho auténtico que pruebe que haya logrado una curacion completa del cáncer confirmado. Pero destruyendo las partes afectadas puede detener por mas ó menos tiempo los progresos del mal, hacer cesar los dolores intensos, suprimir ó disminuir el flujo fétido, y por estos diversos motivos merece que la recomendemos. Al práctico toca ver si la enfermedad está todavía bastante limitada para que esta operacion tenga alguna probabilidad de buen éxito.

Contra el flujo fétido hay tambien un medio que no debe omitirse, y consiste en las *inyecciones desinfectantes*, y principalmente en las *cloruradas*, cuidando además de que las enfermas tengan la mayor limpieza posible.

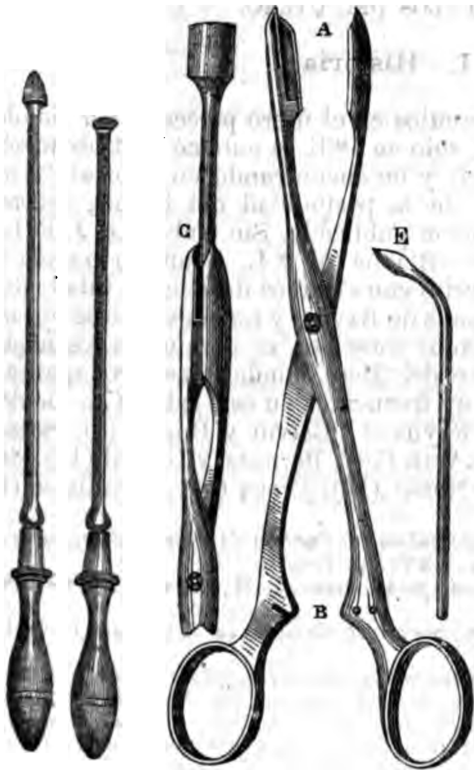


Fig. 29.—Cauterios actuales.

Fig. 30.—A. Pinza de cura uterina, con punto de sujecion cerca de los anillos (modelo Charriere). Los bocados están dispuestos en media canal para coger los cauterios como se ve en C.—B. Punto de injecion.—E. Pequeño cauterio comun.

Operaciones.—Hace algunos años que las operaciones que se practican para extirpar ya el cuello útero, ó ya el órgano entero, ocupaban un extenso lugar en el tratamiento quirúrgico de las afecciones uterinas, pero hoy no se oye ya hablar de estas operaciones, y los cirujanos que mas las han elogiado observan actualmente la mayor prudencia respecto á este punto. Esto consiste en que la experiencia nos ha enseñado cuán peligrosas son y cuán hipotéticos sus buenos efectos.

La estadística exacta de los hechos ha demostrado, 1.°, que la amputacion del cuello del útero es mucho mas peligrosa de lo que se habia dicho; 2.°, que las mujeres que se habian considerado como curadas despues de esta operacion han sucumbido casi todas al poco tiempo; 3.°, que las que han sobrevivido habian sido operadas de otra afeccion que no era el cáncer, y de la que hubieran curado perfectamente por los medios ordinarios; 4.°, que la *extirpacion de la matriz* es en la mayoría de los casos una operacion muy prontamente mortal, y 5.°, que en el corto número de casos en que esta extirpacion no ha ocasionado la muerte, las mujeres solo han gozado algunos meses de una vida miserable, y un médico prudente debe abstenerse de semejantes operaciones.

ARTÍCULO XIV.

TUBÉRCULOS DEL ÚTERO.

§ I.—Historia.

La existencia de los tubérculos en el útero parece haber sido desconocida por mucho tiempo; solo en 1831 se publicó un trabajo sobre este objeto, por Reynaud (1), y no encontrando en Andral (2) mas que una simple indicacion de la posibilidad del hecho, refiere á Louis (3) la primera observacion publicada. Sin embargo, J. F. Larcher (4), Guersant, padre, G. Blache (5) y L. Senn (6) habian observado muchos casos y descrito con algunos detalles la tuberculizacion del útero; y si en las obras de Bayle, y Laennec, no se encuentran detalles de esta importante cuestion, es porque en los adultos observados con los tubérculos del útero mucho mas raros que en la infancia, sin ser tampoco muy frecuentes en esta edad (7). Desde la publicacion del trabajo de Reynaud, Boivin y Dugés (8), Scanzoni (9), y mas recientemente Aran (10), Bernutz y Goupil (11), Siredey (12), Tyler Smith (13), Nonat (14), Crocq (15), Tomlinson (16),

(1) Reynaud, *De l'affection tuberculeuse de l'utérus (Archives générales de médécine*, Agosto, 1831, 1.ª série, t. XXVI, p. 486).

(2) G. Andral, *Précis d'anatomie pathologique*, t. II, 2.ª série, p. 691. Paris, 1829.

(3) Ch. A. Louis, *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie.* Paris, 1825, XXX observation, p. 405.

(4) J. F. Larcher, *Histoire des tubercules sous le rapport de leur origine, de leur structure dans les différents organes ou tissus d'organes, etc.* (Memoria premiada por la Academia de medicina, 28 Agosto 1827.—J. Dezeimeris, *Aperçu des découvertes faites en anatomie pathologique durant les trente annés qui viennent de s'écouler, etc. (Archives gén. de méd.*, 1.ª série, t, XX, p. 317, Paris, 1829).

(5) G. Blache, *Lettre sur l'affection tuberculeuse de l'utérus (Arch. gén. de méd.* 1.ª série t. XXVII, p. 282, Paris, año 1831).

(6) L. Senn (de Ginebra), *Mémoire sur l'état tuberculeux des organes génitaux de la femme, avant la puberté, et sur quelques altérations pathologiques que l'on y rencontre à cette époque* (citado por G. Blanche, *loc. cit.*).

(7) G. Blache, *loc. cit.*

(8) Boivin y Dugés, *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. I, p. 305.

(9) De Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme.* Paris, 1858, p. 235.

(10) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.* Paris, 1858 p. 103, 167 y 199.

(11) Bernutz y E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes.* Paris, 1860-1862.

(12) Siredey, *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines*, thése inaugural. Paris, 1860.

(13) Tyler Smith, *London Journal*, Febrero 1852.

(14) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1860. p. 373.

(15) Crocq, *Archiv. génér. de médecine.* Paris, 1860, 5.ª série, t. XVI, p. 215.

(16) Tomlinson, *Obstetrical Transactions*, 1864, t. V, p. 174.

Pelvet (1), Cornil (2), J. Cruveilhier (3), Namias (4), Rokitansky (5), Viallet (6), han publicado casos relativos á la localizacion uterina de la diàtesis tuberculosa. Tambien mencionaremos los trabajos de Dittrich (7), de Wilh. Geil (8), de Kiwisch (9), de Paulsen (10), y sobre todo la tésis de P. Brouardel, que tomando la cuestion en el punto en que la dejó Reynaud, procura reunir todos los casos publicados hasta su época (11).

§ II.—Causas.

La tuberculizacion del útero es menos rara que lo que por mucho tiempo se habia creido. Namias ha podido reunir 12 casos en 100 tísicas; Dittrich, 1 de 40; Brourdel, agrupando los casos esparcidos, llegó á la cifra de 56.

Si por una parte aparece resultar por un grupo de casos, que las mujeres están mas expuestas á esta afeccion durante el período de actividad uterina, por otro se han observado ejemplos en mujeres de edad, y segun G. Blache, que se apoya en casos observados por Guersent, padre, y por L. Senn, «la coincidencia de los tubérculos del útero con la tísis pulmonal, sin ser precisamente muy frecuente en la infancia, dista mucho de ser tan rara como en las adultas.»

Además de la cohexistencia de la tísis pulmonar, deben notarse tambien entre las circunstancias propias á esclarecer la etiología, la existencia de ciertas lesiones oseas graves, y el depósito de materia tuberculosa en las articulaciones. (J. Cruveilhier) y en otros órganos.

Las inflamaciones de los órganos contenidos en la pélvis menor, sobre todo en las mujeres predispuestas, determinan la localizacion del producto tuberculoso en el útero ó en sus dependencias. Los abor-

(1) Pelvet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1863, p. 285.

(2) V. Cornil, observacion comunicada á P. Brouardel (tésis inaugural. Paris, 1865, p. 44).

(3) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1862, t. IV, página 674.

(4) G. Namias, *Sulla tuberculosi de l'utero e degli organi ad esso attenent* (1.ª Memoria, in vol. VII delle *Memorie dell' istituto stesso;* 2.ª Memoria, vol X, en Venecia, 1858 y 1861).

(5) Rokitansky, *Pathologische Anatomie*, t. III, p. 549.

(6) Viallet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1849, p. 89.

(7) Dittrich, *Mémoires de l'Institut de Prague.*

(8) Wilh, Geil, *Sur la tuberculisation des organes génitaux de la femme*. Erlangen, 1851, et dans Schemidt's *Jahrbücher*, 1852, p. 324, n.º 258.

(9) Kiwich, *Klinische Vorträge*. Prag, 1849, vol. I, p. 240.

(10) Paulsen, *Sur la tuberculisation de l'utérus (Hospital's Middelelser*, Bd. 5; II, 4 et Schmidt's *Jahrbucher*, 1853, t. LXXX).

(11) P. Brouardel, *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme* (thèse inaugurale. Paris, 1865). — Véase tambien Fl. Churchill (*Traité pratique des maladies des femmes)*, artículo adicionado por Wieland, artículo de que hemos tomado muchos datos (*loc. cit.*, p. 439 y siguientes).

tos, los embarazos repetidos, parece que obran en este sentido, y entonces es lo mas frecuente que el sitio de implantacion de la placente sea el asiento del depósito tuberculoso (Rokitansky, Namias, V. Cornil).

La diátesis, que ejerce tan marcada influencia en las funciones del útero, fuera de toda localizacion tuberculosa en el órgano, dominan necesariamente las causas que hemos indicado (Aran).

§ III.—Síntomas.

Por lo comun, la tuberculizacion del útero pasa desapercibida á la cabecera del enfermo; no solo porque en las tísicas toda la atencion se encuentra fija en las alteraciones graves de la economía determinada por el padecimiento de órganos importantes para la vida, sino por la analogía que existe entre los signos locales ó generales de muchas afecciones uterinas mas comunes que la tuberculizacion. Al principio solo se observan los signos de la metritis crónica, sensacion dolorosa mas ó menos intensa en la pélvis, riñones, íngles, necesidad de orinar, etc., y sobre todo leucorrea abundante, tan comun en las tísicas, y que P. Brouardel considera como el preludio de la evolucion tuberculosa en el útero. Los dolores no se irradian como los de las nevralgias ó dismenorreas, y si el peritoneo se afecta, se hacen muy intensos.

Las *alteraciones menstruales* (en particular la amenorrea) se observan con frecuencia en diversas formas de tuberculizacion, que rara vez tienen valor en la enfermedad que nos ocupa (Tyler Smith, Kiwisch, Boivin). Los *flujos* son unas veces trasparentes, otras opacos, blanco amarillentos ó verdosos. El olor, desagradable, recuerda el del cáncer (Tyler Smith, Pelvet).

Por último, la *enteritis glerosa*, descrita por Nonat, parece depender de la propagacion de la inflamacion á los órganos inmediatos.

La *palpacion* permite explorar la sensibilidad de las partes contenidas en la pélvis, y reconocer el aumento de volúmen del útero, á veces considerables (Crocq).

La *pélvi-peritonitis crónica*, que existe por lo comun al mismo tiempo, se reconoce por los síntomas que le son propios (1). En general, sin causa aparente, en el momento de una época menstrual, aparecen los síntomas febriles mas intensos. «Al cabo de pocos dias, pierden estas su agudeza, pero dejado el mal á este período queda estacionario y despues de sucesivas oscilaciones queda en una inflamacion crónica, la supuracion suele producirse con rapidez, uniéndose á las causas de empobrecimiento ya existentes.» Otras veces forma una expecie de sustitucion el predominio de los síntomas ute-

(1) Véase mas adelante, en el apéndice consagrado á las INFLAMACIONES Y ABSCESOS DE LAS FOSAS ILÍACAS Y DE LA ESCABACION PELVIANA, el artículo INFLAMACION PERI-UTERINA.

rinos y peritoneales, hace amortiguar por algun tiempo los síntomas pectorales y hace creer por algun tiempo una curacion, cuya ilusion bien pronto se disipa. (Aran.)

La presencia de los sintomas de una pélvi-peritonitis crónica persistente, puede evidentemente auxiliar el diagnóstico, y en un caso en que existian, Boucher de la Ville-Jossy (1), deprimiendo el fondo posterior, pudo confirmar el diagnóstico. Además de estos signos, pueden apreciarse ciertas elevaciones redondeadas, no fluctuantes, dolorosas, duras, y la presencia de los anejos uterinos en el repliegue útero-rectal.

La *exploracion con el espéculum* no demostrará nada, á no ser que el cuello uterino presente exulceraciones, y aun á veces ulceraciones profundas, que generalmente no presentan ningun carácter especial (Wieland y J. Dubrisay). Con respecto á los síntomas generales que pueden resultar de una tuberculizacion generalizada, añadiremos que estos pueden faltar por completo, sea que el útero esté solo afectado (Siredey, R. J. Tomlinson), sea que la tuberculosidad que le invadió primitivamente solo afectara consecutivamente el pulmon (Tyler Smith).

§ IV.—Diagnóstico.

No pueden indicarse medios precisos para fijar el diagnóstico; segun la observacion de P. Brouardel, en el estado general de la enferma y en la investigacion de sus antecedente diatésicos, y sobre todo en la marcha de la enfermedad, se deberán buscar las principales indicaciones.

En cuanto á los datos suministrados por la exploracion local, si la enferma fuese escrofulosa ó tuberculosa, si el útero estuviese alterado en su localidad ó en su volúmen, si se encontrasen por el tacto vaginal ó rectal los anejos en el pliegue posterior, si se apreciasen inflamaciones sucesivas del peritoneo pelviano (*inflamacion subaguda con exacervaciones*, Gosselin), podrian tenerse presunciones algo fundadas del diagnóstico, pero rara vez completa la certidumbre.

§ VI.—Pronóstico.

El pronóstico general de la tuberculizacion es difícil de apreciar, si se atiende á la frecuencia de alteraciones de igual naturaleza, que obren á la par ó alternativamente, sobre órganos cuyas lesiones ponen la vida en inminente peligro.

En cuanto á la evolucion de los productos tuberculosos, puede

(1) Boucher de la Ville-Jossy, observacion citada por P. Brouardel, *loc. cit.*

suceder que se produzca la curacion, bien por eliminacion, bien por trasformacion (Kiwisch).

No son raras las remisiones; pero no debemos dejarnos impresionar por apariencias engañosas.

§ VI.—Anatomía patológica.

El producto patológico cuya fisonomía vamos á trazar bajo el punto de vista anatómico-patológico, se presenta en los órganos genitales, y en particular en el útero, bajo aspectos muy poco diferentes de los que presenta en los demás órganos. Es cierto que se desarrolla en los individuos tuberculosos ó escrofulosos un producto análogo, pero no tiene ni los caractéres anatómicos, ni clínicos del tubérculo ordinario, y ha sido considerado como un producto tuberculoso ó fimatóideo. «Tan diferente del verdadero tubérculo, como la inflamacion aguda en un individuo exento de toda diátesis, se diferencia de la inflamacion de un escrofuloso.» El tubérculo se deposita en general, en capas mas ó menos duras sobre la mucosa uterina, como en otras ocasiones sobre la superficie de otras cavidades accidentales (*cavernas*). Esta capa, formada de una materia caseo-purulenta, se encuentra sobre todo en el cuerpo del útero y rara vez en el cuello (1); puede separarse con facilidad de la mucosa subyacente, la que se encuentra constantemente alterada, y cuando lo está se observa ligeramente mas colorada, así como aumentado su grueso. Algunas veces presenta la membrana mucosa arrugas muy salientes, rojizas, muy inyectadas, y se desprenden con mas facilidad que en estado normal (L. Senn). Las líneas que cruzan la superficie no ulcerada, que parecen rayar la cavidad interna del órgano, y esta apariencia, indicada por todos los autores, ha sido comparada á un panal de miel (P. Brouardel). Estos casos, hácia el fondo del útero, es donde se encuentra la capa tuberculosa, y si se tratase de una mujer recien parida, su asiento seria la superficie de la insercion útero-placentaria (Rokitansky, Namiaa, V. Cornil).

En una niña de quince años, que sucumbió á consecuencia de la tísis pulmonar, L. Senn encontró en la cara interna del útero pequeñas granulaciones amarillentas, adherentes á la membrana mucosa, que estaba rugosa y muy inyectada.

Aunque la forma precedentemente descrita, es la que con mas frecuencia se observa en los tubérculos del útero, no es la única (2), pues

(1) Notaremos que segun J. Cruveilhier, las trompas contienen, siempre á la par que el útero, materia tuberculosa *que se detiene constantemente en el cuello uterino* (*Traité d'anatomie path. génér.*, t. IV, p. 813 y 814). Hérard. *Bulletins de la Société anat.* Noviembre 1846, p. 365.

(2) De Cristoforis (di Milano), *Annali universali di medicina*, t. CLXV, Julio 1858, p. 156, Agosto y Setiembre 1858, p. 545.

que el producto patológico puede existir en el espesor del tejido uterino, ya aislado, ya á la par de la forma anterior (J. F. Larcher, Reynaud, Cristoforis, Namias).

En gran número de casos el volúmen del útero tuberculoso crece hasta adquirir dos ó tres veces las dimensiones que presenta en el estado natural; á medida que progresa la enfermedad, las paredes uterinas se hacen mas delgadas, hasta el punto que en ocasiones es difícil designar cuál es el verdadero asiento de la enfermedad (Senn, Crocq, Namias, Vialet).

Casi siempre, á la par que el útero, se invaden los anejos por el tubérculo. Las trompas, en particular, ofrecen este modo de alterarse (1). Por lo general, se encuentran distendidas por una sustancia amarillenta, caseosa, alcanzando el volúmen de una pluma de ave (L. Senn), y presentan flexuosidades mas ó menos pronunciadas que en el estado normal. Sus paredes, engruesadas, presentan interiormente granulaciones tuberculosas (Namias, Barth, y algunos otros autores). La mucosa que cubre la superficie está tensa y rojiza. Las venas del plexo útero-ovárico han presentado en muchos casos, citados por J. F. Larcher, acúmulo de materia tuberculosa, cretácea, contenida en su cavidad. Por último, el peritoneo pelviano, sobre el que se reflejan frecuentemente las afecciones de los órganos genitales, es á veces asiento de depósitos tuberculosos; y si esto no sucede, hay á lo menos indicios de una inflamacion mas ó menos reciente, que presenta el carácter expecial de presentarse por extensiones sucesivas, que dejan en pos de sí adherencias, y aun bridas, en número á veces considerable. «Estas adherencias y bridas determinan en los órganos pelvianos nuevas relaciones, á las que no rije la casualidad, puesto que en gran número de casos se presentan idénticas en este punto, llegando á considerarse como un signo de tuberculizacion de los órganos pelvianos la presencia de los anejos uterinos en el repliegue posterior vaginal.» (Wieland, segun Brouardel.)

§ VII.—Tratamiento.

«Como en la tísis pulmonar, deberán emplearse los tónicos, los reconstituyentes y antiescrofulosos. Así, el aceite de hígado de bacalao, las preparaciones iodadas, los baños sulfurosos, etc., el ejercicio moderado al aire libre, la habitacion en el campo, las aguas minerales sulfurosas, las de los Pirineos usadas en bebida, baños y duchas, producirán buenos efectos. Cualquiera que sea la medicacion á que se recurra, no deben perderse de vista los órganos torácicos.

»En suma, todos los medios que tiendan á mantener ó restable-

(1) Véase Pillaud, *Des tubercules de l'ovaire et des trompes*, tése inaugurale. Paris, 1861.

cer la integridad de las funciones digestivas y á sostener las fuerzas de la enferma serán siempre mas útiles, excepto cuando deban tenerse presentes las indicaciones del momento, como las que pueda suministrar el desarrollo de una pelvi-peritonitis. En este caso se tratará la complicacion como si fuese independiente de la afeccion tuberculosa, sin perder de vista la necesidad de vigilar el estado de las fuerzas y que las recaidas son frecuentes.»

ARTÍCULO XV.

FISÓMETRA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *fisómetra* consiste en una acumulacion mas ó menos considerable de gases en la matriz, y se la han dado á veces los nombres de *preñez ventosa* y de *timpanitis uterina*.

§ II.—Causas.

Entre las causas de esta enfermedad se hallan las principales en ciertas circunstancias de la gestion ó del parto. Así, cuando un feto ha muerto en la matriz y llega al estado de putrefaccion, se desprenden gases fétidos que distienden el órgano. El mismo efecto puede producir una *mola* y la permanencia de un *fragmento de la placenta* en la cavidad uterina. Si despues del parto se opone un coágulo á la salida de los lóquios, hay descomposicion del líquido y fisómetra. En el estado de vacuidad, la oclusion del útero por un pólipo, por la *adhesion de los labios del cuello*, y hasta, segun algunos autores, por un *pesario* ó cualquiera otro tapon, puede retener los líquidos que desprenden gases y causan la timpanitis uterina. Finalmente, se han observado casos de haber aparecido esta timpanitis en mujeres *histéricas*, sin que hubiese ningun obstáculo en el cuello, y Mauriceau, Delamotte, Baudelocque, Frank (1), Duparcque y Lisfranc, etc., han citado ejemplos de estas diversas especies.

Cuando en ocasiones se ha dudado de que los gases procedieran del útero, se han hecho diversas investigaciones para demostrar la realidad del hecho. Gooch (2) cree haber podido asegurarse de su origen verdadero, en una de sus enfermas: solo estaba sujeta á la afeccion fuera del estado de embarazo; tan pronto como concebia cesaba la enfermedad. Se vió libre de la enfermedad todo el tiempo de la gestacion, pero algunas semanas despues del parto reaparecieron los fenómenos.

(1) Frank, *Traité de medecine pratique*. Paris, 1842, t. II. p. 20.
(2) Gooch, *Diseases of Women*, p. 241.

§ III.—Síntomas.

La timpanitis uterina se manifiesta por lo comun con gran rapidez, y los síntomas varían un poco segun que solo hay gases en la matriz (*timpanitis seca*), ó que hay á la vez gases y líquidos. En el primer caso no se observa *dolor* considerable, hay una sensacion de plenitud en la pélvis y en el abdómen, y la presion sobre el tumor despierta un poco de sensibilidad.

El *tumor* es globuloso, sube á veces hasta el ombligo ó mas; pero por lo comun no excede del volúmen del útero en el tercer ó cuarto mes de preñez. Por la *palpacion* se nota su parte superior redondeada, renitente, y que esta sensacion sigue hasta los púbis.

La *percusion* es muy útil en estos casos, y por ella se percibe un sonido timpanítico en una extension cuyo límite superior forma una curva con la convexidad hácia arriba que corresponde al fondo del útero.

Por el *tacto vaginal* se trata de averiguar si el cuello del útero, que está bastante elevado, presenta alguna alteracion, y se reconoce la existencia del obstáculo que impide la salida de los gases. Por el *tacto rectal*, se percibe el cuerpo dilatado, globuloso y elástico, y por estos dos medios, y procurando elevar el útero, se nota que tiene un *peso expecífico* mucho menor que en el estado normal, y que este peso no está de ningun modo en relacion con su volúmen.

Si se exceptúa la incomodidad que necesariamente debe causar el aumento de volúmen del útero y en particular la *dísnea*, las mujeres que padecen timpanitis uterina seca, no experimentan á veces ninguna molestia. Por el contrario, en algunas se observa aversion á los alimentos, apetitos raros y vómitos, y como la fisómetra coincide ordinariamente con la *supresion de las reglas*, resulta que las mujeres creen entonces hallarse embarazadas, y progresando la timpanitis siguen creyendo en su embarazo durante dos, tres y hasta cinco ó seis meses, hasta que la expulsion de gases viene á dar á conocer la naturaleza del tumor.

Cuando el desarrollo de gases se hace con mucha rapidez, puede ocasionar malestar, y hasta una *fiebre* bastante notable; pero estos síntomas generales aparecen con mucha mas frecuencia, cuando hay á la vez acumulacion de gases y de líquido.

Por lo comun, despues de haberse efectuado con rapidez el desarrollo de gas, continúa verificándose de un modo mas lento sin que haya ninguna expulsion de este producto morboso, y en otros casos hay, por el contrario, en diferentes épocas *salida ruidosa de gases por la vagina*, y las enfermas quedan aliviadas hasta que una nueva cantidad de gas ha venido á reemplazar á la que habia sido expulsada. En otras circunstancias el útero *se vacía con rapidez y con explosion* para volver á llenarse de nuevo de flúidos gaseosos, que es

lo que se observa principalmente en las histéricas. Los gases que salen en los casos de timpanitis uterina seca son casi siempre *inodoros*.

Cuando la acumulacion de gases está acompañada de la detencion de cierta cantidad de líquido, el *dolor* puede ser mucho mas intenso, porque el útero se halla mas ó menos irritado. Lisfranc ha citado un caso en el que el dolor se irradiaba al abdómen, á los lomos y á los muslos. Entonces es cuando con expecialidad pueden creer las mujeres que es un verdadero embarazo, y en efecto, ya hemos dicho que en tales casos hay en el útero una *mola* ó hasta un *feto muerto* y en estado de *descomposicion*.

Si en estos casos sale cierta cantidad de gases, se nota que son sumamente *fétidos*, y á veces sale al mismo tiempo con ellos una corta porcion de líquido pardusco é igualmente fétido.

La *percusion* y la *palpacion* revelan los mismos signos que en el caso anterior, pero se obtiene uno nuevo haciendo ejecutar á la enferma movimientos bruscos, en efecto, entonces se percibe un *zurrido* ó *glu-glu* que indica el movimiento del líquido en un flúido gaseoso.

En esta expecie de timpanitis uterina no es raro observar una *fiebre* bastante intensa que era muy notable en el caso que ha citado Lisfranc.

Cuando esta timpanitis se desarrolla despues del parto, la formacion de los gases es por lo comun muy rápida, y como las paredes del útero están muy flácidas, se forma un tumor muy considerable. En tales casos se suele reconocer por el *tacto vaginal* la existencia de un coágulo que oblitera el cuello.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es rápido en sus principios, y mas tarde la acumulacion de gases se efectúa con lentitud ó bien la afeccion permanece estacionaria. Tambien queda indicado que hay casos en que acumulándose los gases poco á poco, la matriz se desarrolla como en el embarazo, y entonces es cuando se han cometido los errores que han hecho arreglar todos los preparativos para el parto. Asímismo hemos hablado de esas acumulaciones y expulsiones de gas que se verifican á intervalos mas ó menos largos.

La *duracion* de esta enfermedad es muy variable. A veces se efectúa la acumulacion en pocas haras, y á ella se sigue pronto la expulsion, y otras dura la timpanitis uterina algunos meses y hasta llega al último término del embarazo. No se han citado ejemplos de *terminacion* funesta.

§ V.—Diagnóstico.

El *diagnóstico* de la fisómetra no ofrece grandes dificultades, especialmente cuando la afeccion se ha desarrollado con rapidez. Sin embargo, ya dejamos dicho que se ha citado un número bastante considerable de casos en los que se ha creido que era un embarazo, pero el médico rara vez comete este error de diagnóstico, ó si lo hace es porque se contenta con un exámen superficial.

La fisómetra en el estado de vacuidad se distingue del *embarazo*, de la *hidrómetra* y del *infarto del cuello del útero*, por el sonido timpanítico que da á la percusion, carácter que es por sí solo suficiente.

Pero en algunos casos hay verdaderamente embarazo, y la cuestion entonces es determinar si existe en realidad la timpanitis, que es el resultado de la muerte y descomposicion del feto. Tambien entonces el sonido timpanítico es un signo de grande utilidad, y puede notarse igualmente el ruido de un líquido que se mueve entre gases, comunicando fuertes sacudidas á la enferma; han cesado además los movimientos del feto, y finalmente, aparecen los síntomas generales que hemos descrito antes de ahora. Los mismos caractéres, excepto la abolicion de los movimientos del feto, sirven para llegar á conocer la timpanitis que se forma en un caso de *mola uterina*.

Despues del parto se desarrolla por lo comun la fisómetra con mucha rapidez, y entonces el sonido timpanítico es tambien el mejor medio de distinguir la enfermedad de cualquiera otro desarrollo del útero, y principalmente de la *hemorragia interna*, que puede sobrevenir en las mismas circunstancias.

§ VI.—Tratamiento.

El tratamiento de la fisómetra es muy sencillo. Si es una de esas *timpanitis secas que aparecen en las mujeres histéricas*, se administran al interior los *antiespasmódicos*, y principalmente el *alcanfor* y el *éter;* se prescriben *baños*, *inyecciones emolientes* y *narcóticas*, y *fumigaciones* á la vagina, unturas al cuello con el *extracto de belladona*, y finalmente una *presion metódica* sobre el tumor para ayudar al útero á expulsar los gases que le distienden.

No es raro observar que la enfermedad resiste á todos estos medios durante bastante tiempo, y que en seguida se desembaraza el útero por sí mismo y en pocos instantes de todos los gases que le distienden.

Cuando hay en el orificio un cuerpo extraño que se opone á la salida de los gases y líquidos contenidos en la matriz, la indicacion es muy sencilla: se extirpa el *pólipo*, se extrae el *coágulo*, se quita el *pesario*, etc.

Si hay en el útero un *feto muerto*, una *mola descompuesta*, ó un

[illegible] *de* [illegible] hacer el [illegible]. En [illegible] *del me-dio* [illegible] y sobre todo al [illegible] para vencer la inercia del [illegible], se [illegible] en el interior del [illegible] una sustancia ligeramen-te [illegible] este medio y no em-[illegible] sintomas graves. Al-[illegible] principio que se deben hacer estas [illegible] despues de la expul-sion de los gases [illegible], pero las inflamaciones internas del ute-ro que han producido, movieron á los prácticos prudentes á renun-ciar á ellas. Despues de la expulsion de los gases se establece una *compresion* metódica del abdómen con el objeto de impedir que vuel-va el utero á dejarse distender.

Por último, si por una circunstancia cualquiera se llegase á desar-rollar una inflamacion del utero, se deberia usar contra ella el tra-tamiento que hemos indicado en el articulo METRITIS AGUDA.

APÉNDICE.

MOLAS UTERINAS

§ I. Definicion.

La denominacion de *mola uterina*, dada anteriormente de un mo-do vago á toda masa informe expulsada del utero, se aplica hoy ex-clusivamente á los productos de la concepcion degenerados y á las molas propiamente dichas, sean carnosas ó hidatidiformes.

§ II. Causas, anatomia y fisiologia patológicas.

El exámen de los *productos degenerados de la concepcion*, que despues de retenidos en el utero son expulsados, presentan con fre-cuencia grandes dificultades para distinguirlos del resultado de un aborto reciente, puesto que en este último caso puede faltar el feto (1).

En cuanto á las *molas carnosas*, consideradas por unos como una trasformacion especial de la placenta (2), es apreciada por otros como degeneracion del huevo enfermo que permanece en el utero hasta pasados dos ó tres meses, época en que sus primeras alteracio-nes debieran provocar su expulsion. Estas molas pueden presentarse bajo la forma de masas sólidas ó presentar una cavidad central tapi-

(1) Granvilles, [illegible], 1834, [illegible].

(2) [illegible], Lecciones [illegible] á la Facultad de Medicina de Paris. Sesion del 10 [illegible] 18[illegible].

zada por una membrana propia, y en la que se encuentran á veces restos de líquido amniótico. La mola sólida, generalmente única, y por lo comun mas voluminosa que las molas huecas, puede alcanzar el volúmen de la cabeza del feto; exteriormente son desiguales, compactas, lobuladas y á veces aparecen cubiertas de una ligera capa de naturaleza calcárea (1). La mola sólida contiene en alguna de sus extremidades, porciones de feto; si ha habido fecundacion anterior de dos óvulos y uno de ellos perece, se encuentra por lo comun el otro sano é íntegro, sin embargo, un mismo útero puede presentar molas dobles (2). El práctico podrá ser llamado á reconocer molas carnosas expulsadas, y deberá distinguirlas con cuidado de los coágulos y de pólipos desprendidos; para conseguirlo practicará una incision y examinará la estructura de la masa expulsada (3).

Las *molas hidatídicas vexiculares* ó *hidátides* (4), contenidas en el útero, varían mucho de número. Cuando es considerable, flotan en medio de un fluido contenido en la matriz; cuando se desarrollan en el huevo, están contenidas en la membrana caduca, que forma un tumor en cuyo centro se fijan como los granos de uva para formar el racimo (fig. 31); su volúmen es comparable al de los granos de uva, pudiendo no ser mayor que una cabeza de alfiler. Contienen un líquido trasparente, unas veces amarillo pálido, y otras de un hermoso color de rosa (Fl. Churchill). La hipótesis por la que se concede á las hidátides una vida independiente, y las coloca entre las encefalocistes (Pallas, Linné, Percy) (5), está hoy completamente abandonado, pues que nunca se ha encontrado en estos tumores hidáticos (Al. Wieland). Además es muy raro encontrar verdaderas bolsas hidáticas desarrolladas, sea en el espesor de las paredes del cuerpo del útero (6), sea en el tejido celular que reviste el cuello del órgano (7). Barré ha publicado un caso en el que la cavidad uterina estaba en comunicacion con la de un tumor hidático por medio de las trompas, pero no se sabe que saliera ninguna hidátide fuera del quiste (8). En fin, H. Jacquart ha recogido una bolsa hidática expulsada

(1) Dugés, *Dictionn. de médec. et de chir. pratiq.* Paris, 1833, t. IX, artículo GROSSESSE.

(2) Blundell, *Diseases of Women*, 1836, p. 198.

(3) Burn's, *Principles of Midwifery*, p. 123. (*Edinburgh med. and surg. Journal*, vol. V. p. 257,—Voyez aussi Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*. Paris, 1866, p. 291.

(4) Dubreuil, *Revue médicale*, Noviembre 1831.—Leroy (de Nantes), *Nouveau Journal de médecine*, Mayo 1822.—Boivin, *Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vesiculaire ou grossesse hydatique*. Paris, 1827.

(5) Percy, *Mémoire sur le part hydatique (Journal de méd.. chirurg. et pharm.*, Setiembre 1811).

(6) Th. Laennec, *Mémoire sur les vers vésiculaires*, 1804 (*Mém. de la Soc. de méd. de Paris*. Paris, 1812, p. 150, obs. VI).

(7) Charcot, *Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin (Mémoires de la Société de biologie*, p. 102, 1.ª série, t. IV, 1852).

(8) Barré, *Bulletin de la Société anatomique*, 24 Abril 1828, p. 91. Paris.

del útero de una mujer de treinta y cuatro años, y madre de cuatro hijos. Esta bolsa, examinada por Vulpian y Davaine, fué considerada como un conjunto de hidátides (1).

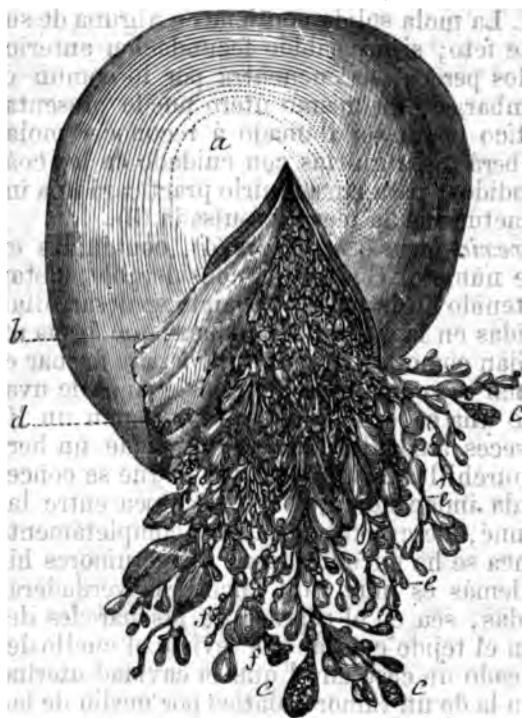


Fig. 31.—Mola vexicular de madama Clara... expulsada en totalidad.—Esta masa pesaba dos libras y nueve onzas, y conservaba la forma de la cavidad del útero en que se desarrolla. Abierta la mola en una porcion de su longitud, dejó salir cierta cantidad de véxiculas hidatídicas. En el corte del tumor se distinguen dos capas membranosas: la primera *a*, membrana externa uterina, análoga al epicorion ó *decidua*; la segunda *b*, membrana fina, trasparente, que parecia ser un detritus del corion; *c*, *c*, *c*, vexiculas granulosas; *d*, vasos blancos que algunos se abren en la superficie en forma de pezones, sirviendo otros de pedículos á los glóbulos en que terminan; *e*, *e*, *e*, vexiculas prolongadas que parecen ser vasos deprimidos y dilatados; *f*, *f*, *f*, vexículas mamelonares.-(Véase la descripcion, p. 42, y la nota n.° 1.°, página 64. Boivin, *Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire ou grossesse hydatique*. Paris, 1827).

Generalmente se advierten que á consecuencia de la muerte prematura del feto, las vellosidades de la porcion mas externa del corion se llenan de serosidad, crecen y toman por inbibicion materiales de nutricion de la caduca uterina (2), y conservan, aun en sus mayores dimensiones, su forma natural, que corresponde á la de la mola hidática (3). Bajo el punto de vista médico-legal, este orígen de mola tiene grande importancia, pues que si se admitiera de un modo exclusivo, implicaria el hecho de concepcion prévia. Sin embargo, si los casos de Ruych y de Nauche deben ponerse en duda, consideran-

(1) H. Jacquart, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 3.ª série, t. II, año 1860, p. 205.
(2) Ch. Robin, et Littré, *Dict. de med.* de Nysten, art. MÓLES, 12.ª edicion. Paris, 1865, p. 952.—Barnes, *British ad foreign med.-chir. Review*. January 1855.
(3) Pajot, leccion citada.

do el número de casos más completos observados en contrario por la generalidad de los autores; Clarke, Gardien, Kennedy, Ramsbotham, Wilton (de Brighton), M'Ewen (de Chester) (1) y Fl. Churchill (2): «Existe en realidad una especie de hidátides que son producidas por el embarazo; sin embargo, en la mayoría de los casos las molas ó hidátides son consecuencia de relaciones sexuales; son producto de concepciones abortadas. En medicina legal, es menester no olvidarse que esta opinion no implica su criminalidad, ni incapacidad de concepcion.» El práctico no debe examinar con ligereza las molas que se le presenten.

§ III.—Síntomas.

Durante los primeros meses, los síntomas son los del embarazo aparte de algunos signos característicos que faltan completamente (peloteo, movimientos activos del feto y látido cardiaco). Fl. Churchill dice haber percibido con claridad el soplo uterino; Vannoni (3) le ha encontrado doble entonacion, una áspera y otra mas suave. La presion sobre el tumor determina á veces dolor, y hay con frecuencia por la vagina flujo seroso ó sanguinolento (4). En un momento dado hace la matriz un esfuerzo y se expulsan estos productos, con hemorragia del mismo modo que un aborto. «Si como sucede algunas veces, la masa es adherente al útero, el caso puede ser grave, porque el flujo no se detiene hasta que el útero está vacío. En ciertos casos la secrecion láctea se presenta despues de la expulsion de la masa; en otras sobreviene una pequeña fiebre acompañada de dolores en el hipogástrio, y es menester recurrir á fomentos al exterior, y á ligeros purgantes.» (Fl. Churchill).

§ IV.—Diagnóstico.

Las molas pueden producir gran duda en el ánimo del médico así como los embarazos detenidos en los primeros meses de su evolucion.

Las diferencias entre las *molas* y el *embarazo uterino* se detienen mientras que el cuello del útero está cerrado, de la duracion del desarrollo abdominal mas alta del período normal de la gestacion, de la desproporcion del volúmen del tumor y la época correspondiente del supuesto embarazo; la ausencia del peloteo y de los fenómenos activos propios del feto. Se investigará si el vientre y los pechos, despues de haber aumentado, han disminuido de volúmen, si este desarrollo permanece largo tiempo estacionario, si existen movimientos activos y pasivos del feto. «Si despues de esta exploracion varias veces re-

(1) Citados por Fl. Churchill, p. 295.
(2) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*. Paris, 1866, p. 296.
(3) Vanoni, *Revue méd.-chirurg.*, Diciembre 1848.
(4) Puzos, *Traité des accouchements*. Paris, 1759, p. 211.

petida, se adquiere la certidumbre de que la mujer no tiene un embarazo uterino normal, procederá al cateterismo uterino. Si por este medio llega á reconocer que el aumento de volúmen no está producido por su espesamiento de las paredes uterinas, si ha podido eliminar toda idea de aumento de volúmen por la acumulacion de un líquido, que si existiera correria á lo largo de la sonda; en fin, si esta puede penetrar hasta el fondo del órgano rodeando el cuerpo extraño, estará completamente indicada la dilatacion del cuello y suscitar contracciones uterinas, con objeto de desembarazar el útero lo mas pronto posible (1).»

En un caso observado por Pajot, una mujer de veinte años, embarazada por segunda vez, de tres meses y medio, presentaba un volúmen del vientre que correspondia á un embarazo de nueve meses, habia tambien edemas de las extremidades inferiores, dolores abdominales, dísnea, adelgazamiento y contínua agitacion. En el vientre se notaba oscura fluctuacion. Se piensa primero en la existencia de un *quiste del ovario;* pero el cuello, modificado con un embarazo de ocho meses de una multípara, indicó bien pronto que la coleccion de líquido estaba en el útero. Los accidentes de dísnea aumentaron. Penetrada una sonda en el útero dió salida á una sangre venosa pura y en gran cantidad. Dos gramos de cornezuelo de centeno, administrados en seis dósis, provocaron la expulsion de cuatro masas hidáticas. La enferma sucumbió. No se pudo hacer la autopsia (2).

La *fisómetra* se distingue de las molas, en que no hay resonancia abdominal; el tumor es además mucho mas pesado cuando existe una mola. En cuanto á la *hidrómetra* el diagnóstico es mas difícil; sin embargo, el acúmulo de líquido forma un tumor mas considerable en esta última, y puede percibirse la fluctuacion. (Fl. Churchill).

§ V.—Tratamiento.

Se atenderá por los medios apropiados, á cohibir las hemorragias que se producen á veces en una época poco lejana del principio.

«Si el tumor correspondiese á un embarazo de siete meses, se introducirá la mano en el útero y se extraerá la mola, pero si corresponde á una época menos avanzada, se correria el riesgo de hacer mas mal interviniendo, que abandonando la enfermedad á sí misma.» (Fl. Churchill).

Si sobreviene una hemorragia en el momento en que comienzan

(1) P. C. Huguier, *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*. Paris, 1865, página 143 y 145.

(2) Depaul, *Cas de môle hydatiforme, expulsé à plusieurs reprises pendant les derniers temps de la via (Comptes rendus des séances de la Soc. de biologie*, 1.ª série, t. V, p. 168, año 1853).

as contracciones expulsivas, se irán desprendiendo las masas hi-
dáticas con la mano, y se procederá en lo demás como con un parto
ordinario.

ARTÍCULO XVI.

HIDRÓMETRA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *hidrómetra* es una enfermedad sumamente rara.

Se da el nombre de *hidrómetra* á toda coleccion de líquido retenida en la cavidad uterina fuera del estado de preñez, y hasta á la superabundancia del fluido amniótico en las embarazadas; pero estas denominaciones son impropias, porque no es posible considerar como hidropesías á las colecciones de mucosidades, de pus ó de sangre alterada, y la superabundancia del líquido amniótico debe estudiarse por separado bajo el nombre de *hidroamnios* que le ha dado Dugés. Solo, pues, debemos ocuparnos en este artículo de la hidrómetra en el estado de vacuidad del útero.

§ II.—Causas.

Se sabe muy poco acerca de las causas de la hidrómetra, pues aunque se ha hablado de la *debilidad de la constitucion*, de *la menorragia*, etc., no es posible dar la menor importancia á las opiniones de los autores respecto á este punto. Lo que resulta de mas positivo del corto número de observaciones que poseemos, es que para formarse la hidrómetra, se necesita *por una parte* cierta irritacion de las paredes del útero, bien sea *ocasionada* por una *afeccion orgánica* (cáncer, úlceras), ó bien por una *violencia exterior* (golpes, caidas), ó bien desarrollada *expontáneamente*, y *por otra* la oclusion del cuello del útero por un *moco espeso* y concreto, por una *cicatriz* que ha estrechado su abertura, ó por *una adherencia de los labios*, ó por una *inflexion* (Kiwisch). Estas circunstancias deben necesariamente reunirse pocas veces: hé aquí la razon porqué la hidrómetra es una enfermedad tan rara.

Hemos visto en la *metritis interna* que la cavidad del útero se encuentra aumentada. Aran atribuye este resultado á la retencion de los líquidos segregados en el útero, y cuyo flujo se dificulta por la estrechez del orificio superior de la cavidad cervical. Es menester, pues, añadir esta causa á las precedentes.

§ III.—Síntomas.

La hidrómetra se forma casi siempre de un modo lento, y ocasiona poco ó ningun dolor; las enfermas se quejan únicamente de una sensacion de plenitud y *peso* considerable en la pélvis y hácia el ano, y sienten tambien algunas *tiranteces* en los lomos y en las íngles.

En el hipogástrio se halla un *tumor*, tanto mas voluminoso y que sube á tanta mayor altura, cuanto mas antigua es la afeccion. Este tumor presenta la misma figura que el de la fisómetra, pero da á la *percusion* un sonido á macizo que contrastando con el sonido claro de los intestinos que se percibe á su alrededor, sirve para dar á conocer el asiento de la enfermedad. No siempre es muy fácil producir la *fluctuacion*, sobre todo cuando el útero se halla alterado; pero en algunos casos es, por el contrario, muy fácil apreciar este signo.

Por el *tacto vaginal* se reconoce que el cuello del útero ha ascendido á la pélvis, y que el cuerpo está distendido y *pesado*. Por el *tacto rectal* todavía se notan mejor estos dos signos.

Cuando la hidrómetra es simple, sin lesiones del útero, no se observan síntomas generales; en el caso contrario se deben atribuir estos síntomas á lesiones mas ó menos graves.

§ IV.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad es por lo comun contínuo; sin embargo, el doctor Browne ha referido un ejemplo (1), que prueba que la enfermedad puede consistir en retenciones y evacuaciones *alternativas* de serosidades abundantes.

La *duracion* es variable; pero por lo comun es bastante larga, y puede igualar á la del embarazo y aun excederla, lo cual ha dado orígen repetidas veces á errores semejantes á los que hemos indicado al hablar de la *fisómetra*.

La *terminacion* es favorable si la enfermedad es una hidrómetra simple, y así á veces de repente, sea en el estado de quietud y por el simple efecto de las contracciones del útero, ó sea un movimiento brusco, expecialmente para bajarse, el líquido acumulado sale á chorros y desaparece todo vestigio de la enfermedad. En algunos casos han precedido á la evacuacion del líquido dolores que iban en aumento y expulsivos, semejantes á los del parto, lo cual ha contribuido á mantener hasta el fin á las enfermas en error. Cuando existe una lesion orgánica de la cual la hidrómetra es solo una consecuencia, no puede atribuirse á esta una gran parte en la terminacion fatal.

(1) Itard, *Dictionnaire des sciences médicales*, 1818, t. XXII, p. 320.—Véase tambien Boivin et Dugés, *Traité des maladies de l'utérus*, Paris, 1833, t. I, p. 257.

El *líquido evacuado* es seroso ó mucoso-seroso, no tiene color, ó es blanquecino é inodoro, si es una hidrómetra simple; pero cuando existe una lesion mas ó menos grave, se hallan, segun los casos, pus, sanies fétida, etc.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El sonido á macizo del tumor impide que se le confunda con el que resulta de la *físómetra*. No es posible equivocar la hidrómetra con una *ascitis*, porque en esta el nivel del líquido, que se conoce por la percusion, sigue una línea curva con la concavidad superior, y los vacíos y las fosas iliácas presentan un sonido á macizo, y porque haciendo variar de postura á la enferma se cambia el nivel del líquido.

La duracion larga de la enfermedad, en el estado normal de la secrecion y de la escrecion de la orina, y como última prueba el cateterismo, bastan para que se distinga la hidrómetra de la *retencion de orina*.

§ VI.—Tratamiento.

La hidropesía simple de la matriz termina las mas veces favorablemente por la evacuacion expontánea del líquido. Para favorecer esta evacuacion se ha aconsejado reblandecer el cuello por medio de inyecciones, baños, etc.

Como por lo comun se verifica la expulsion del líquido durante un esfuerzo, en un movimiento brusco, en el acto de bajarse, etc., se han aconsejado (Monro, Astruc) los *estornutatorios*, los *vomitivos* y los *purgantes enérgicos*; pero la experiencia no ha demostrado que estos medios tengan la ventaja que se les ha supuesto, y al contrario, pudieran tener inconvenientes fáciles de concebir.

Si se trata de una constriccion del cuello del útero, se debe recurrir á los calmantes, y principalmente á la *belladona*, en fricciones al cuello y al hipogástrio.

Si se halla obstruida la abertura del cuello, se procura *remover el obstáculo* con el dedo, por medio de un estilete, de una sonda ó á beneficio de inyecciones que lleguen hasta la abertura del hocico de tenca. Algunas veces se ha logrado así poner el conducto libre y procurar la evacuacion del líquido; despues de lo cual se debe cuidar de que no se forme un nuevo obstáculo.

Si fuese un pólipo el que impidiese la salida del líquido, seria necesario extirparle; ó si hubiese una contraindicacion á esta operacion, introducir una *sonda plana* por entre el producto morboso y las paredes uterinas hasta la coleccion serosa.

Si hay una simple estrechez del cuello, se le puede *dilatar* introduciendo en él un cono pequeño de *esponja preparada*, ó una sonda

[illegible] con su estilete, á la cual se hace penetrar [illegible].

[illegible], si hubiese *oclusion completa del cuello* por adhesion [illegible], y si la hidrómetra causase accidentes graves, se re[illegible]. Wirer hizo con buen éxito la *puncion hipogástri*[illegible] la extraccion de mas de 26 kilógramos de un líquido [illegible] y sanguinolento. Otros autores han propuesto la [illegible] *en el fondo de la vagina*; pero no se ha establecido [illegible] la utilidad de esta operacion, y Cruveilhier cita un caso en que [illegible] ha ocasionado la muerte.

Cuando á beneficio de uno de los medios anteriores se consigue [illegible] el líquido, es preciso hacer una *compresion* sobre el abdómen que impida que se reproduzca la coleccion, al mismo tiempo que se insiste en las inyecciones y en los baños. A veces hay necesidad de introducir diariamente la sonda en el cuello hasta la curacion completa, y hasta algunos médicos proponen dejarla permanente, al paso que otros temen producir una inflamacion grave del útero obrando de este modo.

ARTÍCULO XVII.

ROTURA DEL ÚTERO.

La rotura del útero casi nunca se efectúa mas que en el acto del parto, y así hay que recurrir principalmente á los *Tratados de obstetricia* para hallar grandes detalles acerca de este accidente temible.

§ I.—Causas.

Si existen vicios *de conformacion* de la pélvis que se opongan enérgicamente y por mucho tiempo á la salida del feto, las mujeres están expuestas á la rotura del órgano, y lo mismo sucede cuando el útero se halla *adelgazado* por una cantidad excesiva de agua que lo distiende, por varios fetos, etc. En ciertas circunstancias sobreviene una inflamacion con *reblandecimiento* de una porcion mayor ó menor de las partes uterinas, y la parte reblandecida cede en una contraccion del órgano; otras veces el útero se halla alterado, *desorganizado* por una lesion crónica profunda, en una palabra, basta que por una causa cualquiera presenten las paredes del útero un punto débil para que el órgano ceda en este punto á la presion del feto que pasa á la cavidad del peritoneo.

En el *estado de vacuidad* del útero, es preciso que haya de antemano *distension del órgano por un líquido*, de la que se han citado tres ejemplos, de dos de los cuales la matriz se hallaba distendida por una coleccion sanguínea.

Una *violencia exterior* ha producido á veces el mismo efecto que

las contracciones uterinas de que acabamos de hablar, y esta causa puede obrar lo mismo en el estado de vacuidad que en el de preñez, bastando para que ocasione la rotura que el útero se halle muy distendido por un cuerpo sólido, y sobre todo por un líquido.

Lo que importa notar es que las roturas del útero expontáneas son raras en realidad. Las estadísticas de Clarke y Powel, de Simpson y de Lachapelle, y la mas reciente comunicada á Tardieu (1) por Wieland, demuestra en efecto esta gran rareza, y permiten deducir que en los casos en que el orígen y la naturaleza de la lesion pueden ser sospechosos, el médico consultado debe mostrarse severo en sus apreciaciones, sobre todo si se trata de casos observados en una época muy lejana del término del embarazo.

«En una época avanzada de la vida, la estructura del cuello del útero se hace muy compacta, llegando á ponerse duro ó cartilaginoso. La cavidad se estrecha, y algunas veces se oblitera. En semejante caso, las mucosidades se acumulan y distienden la cavidad cervical, las paredes se adelgazan y se verifica en ellas una absorcion hasta llegar á producir una abertura que establece una comunicacion con el saco peritoneal (Duparcque). Lo mismo puede suceder en una edad menos avanzada, por ejempo, á los treinta y ocho años (Guzzo de Nápoles (2).

§ II.—Síntomas.

Los síntomas de esta rotura son los que ya hemos descrito repetidas veces al hablar de las rasgaduras de los demás órganos huecos, pasando al peritoneo el líquido que estos contienen. Sin embargo, hay algunas modificaciones que dependen ya de las circunstancias en que ocurre el accidente, y ya tambien de la extension de la solucion de continuidad que se verifica en la matriz.

Si la rotura ocurre durante el parto, puede ser demasiado pequeña para permitir el paso del feto al abdómen, ó puede, por el contrario, haberse efectuado este paso. En el *primer caso* hay alguna semejanza con lo que hemos dicho que sucede en las *roturas del bazo*; primeramente un *dolor intenso*, una *ansiedad suma* y una *sensacion de calor* que se esparce por todo el abdómen, y luego disminuye el dolor y aparecen síncopes, horripilaciones, un sudor frio, y en una palabra, síntomas de una hemorragia interna que arrebata á las enfermas sin dejar vestigios de inflamacion en el peritoneo. Sin embargo, si la hemorragia no fuese muy abundante, se puede desarrollar la peritonitis y causar pronto la muerte en medio de los dolores y de los demás síntomas que son propios de esta enfermedad.

Esta peritonitis sobreaguda aparece casi constantemente *en el se-*

(1) A. Tardieu, *Étude médico-légale sur l'avortement*. Paris, 1863, p. 64.
(2) Cité par Fl. Churchill, *loc. cit.*, p. 867.

gundo caso, es decir, cuando el feto ha pasado á la cavidad del peritoneo; entonces se anuncia el accidente por un *dolor dislacerante* acompañado á veces de un *crujido* que percibe la enferma y que *ha ocurrido repentinamente*; en seguida aparecen los fenómenos de hemorragia interna y de peritonitis, y puede sucumbir la mujer en pocas horas.

No obstante, se han citado cierto número de casos de curacion. Si la rotura es poco extensa é incompleta, puede á veces detenerse la hemorragia, en cuyo caso es mucho mas fácil prevenir la peritonitis que cuando se ha derramado en el peritoneo un líquido acre é irritante, y la enferma se restablece despues de sufrir mas ó menos tiempo.

Se ha observado esta *terminacion* feliz hasta en casos en que el huevo habia pasado á la cavidad del peritoneo y calmados los primeros accidentes se observan los fenómenós de una preñez estrauterina, se forma un quiste y las enfermas pueden vivir así muchos años. En algunos casos raros hasta estos quistes se han vaciado en los intestinos y aun al exterior, y la enfermedad ha terminado por este medio de un modo favorable.

La rotura que se verifica *en el estado de vacuidad* parece mas grave que la que ocurre durante la preñez; á lo menos los casos de este género que se han citado terminaron por la muerte. Esto consiste segun todas las probabilidades, en que teniendo el líquido que se derrama en el peritoneo cualidades irritantes, análogas al que se vierte por las perforaciones intestinales, ha producido mas fácilmente la *peritonitis sobreaguda*, tan frecuentemente mortal.

§ III.—Lesiones anatómicas.

Despues de la muerte se ha hallado el útero dividido irregularmente en una extension muy variable. Los bordes de la solucion están dislacerados, ordinariamente negruzcos, infiltrados de sangre, cubiertos de materia purulenta cuando la mujer ha vivido algun tiempo, y por lo comun reblandecidos ó presentando las alteraciones propias de la gangrena, del cáncer, etc. En el peritoneo se encuentra un derrame de sangre á veces sumamente considerable, y por lo general una parte del agua del amnios y el feto. Se hallan tambien vestigios de inflamacion peritoneal (supuracion, falsas membranas) cuando la enferma no ha sucumbido con tanta rapidez que no haya habido tiempo para desarrollarse la peritonitis.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Si la rotura es incompleta, se sospecha su existencia por la aparicion repentina de los dolores y el estado de ansiedad de la enferma; pero estos signos no pueden dar una certidumbre completa. Si la he-

morragia es muy considerable, los resultados de la percusion, unidos á los síntomas propios de la hemorragia interna vendrán á ilustrar al médico.

Cuando la rotura es completa, hay tambien que hacer una distincion; ó bien el contenido de la matriz pasa al peritoneo, ó solo se ha derramado una corta cantidad de líquido, permaneciendo el feto y sus anejos en la cavidad uterina. En este útimo caso, el diagnóstico es tan poco seguro como en aquellos en que la rotura es incompleta, y hay que fijar con expecialidad la atencion en la aparicion repentina de los accidentes.

Cuando el feto ha pasado á la cavidad uterina, el diagnóstico ya no es dudoso: la region hipogástrica se deprime, y se halla, por el contrario, en el abdómen un tumor que por su figura se reconoce que es el feto. En estos casos puede ser útil el tacto rectal.

La presion de la region hipogástrica y el sonido á macizo que existe en los vacíos, sirven, con los síntomas que ya quedan descritos, para dar á conocer el paso del líquido del útero al peritoneo á consecuencia de la rotura de este órgano fuera del estado de preñez.

El *pronóstico* debe ser sumamente grave, y que los casos de curacion que antes de ahora hemos citado no son mas que felices excepciones.

§ V.—Tratamiento.

Si es una rotura incompleta que determina una hemorragia intensa, el tratamiento en un principio debe ser el que se emplea contra todas las hemorragias abundantes (quietud, frio, etc.), luego conviene *acelerar el parto* por los medios que no describiremos aquí, y por último, es preciso combatir los síntomas de la peritonitis desde que aparecen.

Los mismos medios deben dirigirse contra la rotura completa, ya sea que el feto haya quedado en la cavidad uterina ó ya que haya pasado al peritoneo; pero este último caso presenta algunas particularidades que conviene indicar. Cuando el *paso del feto* á la cavidad del peritoneo *es incompleto*, hé aquí cómo debe procederse segun P. Dubois (1). «El *forceps*, si la cabeza ha quedado en el útero y no está demasiado alta, y la *extraccion por los piés*, si es la extremidad pelviana la que se presenta, ó si la cabeza no es aun accesible. Si estuviesen los piés en la cavidad del peritoneo, no deberia temerse ir á buscarlos al través de la abertura con tal que se proceda con mucha prudéncia y suavidad en esta maniobra, debiendo, para penetrar con mas facilidad, ensanchar la herida del útero por medio de un *desbridamiento* bien dirigido.» *Si el feto ha pasado en su tota-*

(1) P. Dubois, *Dictionnaire de médecine*, art. UTÉRUS (*Rupture de l'*), t. XXX, página 329.

lidad á la cavidad del peritoneo, esta circunstancia «no excluye absolutamente, dice Dubois, *la introduccion de la mano* por la solucion de continuidad; pero para esto seria preciso que fuese ancha y que el órgano estuviese incompletamente retraido. Solo las *roturas del cuello* ofrecen condiciones favorables, pues las del cuerpo son diferentes bajo este punto de vista, y si el feto hubiese caido completamente en el vientre, muerto ó vivo, deberia extraerse, segun lo que dejamos dicho antes de ahora, por la *operacion de la gastrotomía.*»

ARTÍCULO XVIII.

NEVRALGIA DEL ÚTERO.

§ I.—Historia.

Esta enfermedad casi completamente desconocida hasta ahora, y que ordinariamente se tomaba por una metritis, una dismenorrea, etc., empieza á ser mucho mejor estudiada desde que la hemos indicado y dado á conocer sus verdaderos caractéres (1): esta es la enfermedad de que se han ocupado Malgaigne (2), Beau (3), y Marrotte (4), que han dado nueva luz á su historia; y contra la que se han dirigido tambien varios tratamientos expeciales, tales como las fuentes y vejigatorios á los lomos, y la cauterizacion de esta region hecha con el hierro enrojecido, y aun la *introduccion del cauterio enrojecido al blanco á la profundidad de* 4 *á* 5 *centímetros* ejecutada con éxito por Jobert, de Lamballe (5).

La existencia de la histeralgia no es hoy dudosa, y solo quedan algunos puntos oscuros en su historia. Chomel (6) consideraba como muy comunes los dolores uterinos sin lesiones. Scanzoni, por el contrario, considera la nevralgia uterina como rara, y dice solo ha observado tres casos. Becquerel dice que se desarrolla á consecuencia de las afecciones uterinas mas diversas, pero segun Nonat, puede temerse que aquel autor haya considerado como histeralgias los dolores de las metritis. Aran (7) no parece conceder gran importancia á los dolores nevrálgicos, puesto que solo los indica sumariamente.

(1) Valleix, *Traité des névralgies*, et *Bulletin général de thérapeutique*, Enero de 1847.
(2) Malgaigne, *Revue médico-chirurgicale*, 1848.
(3) Beau, *Les névralgies lombo-abdominales considérées comme symtômes des affections de l'utérus*, par Axenfeld (*Union medicale*, Abril 1850).
(4) Marrotte, *De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus* (*Arch. génér. de méd.*, Abril y Mayo de 1860).
(5) Jobert (de Lamballe) *Gazette des hôspitaux*, Junio 1853.
(6) Chomel, *Dictionnaire* en 30 vol, art. UTÉRUS.
(7) Aran, *loc. cit.*, véanse páginas 113, 145 y 146.

Nonat, por el contrario (1), insiste con razon, y distingue primero la histeralgia *primitiva* y *secundaria*, la *idiopática* y la *sintomática*. La histeralgia primitiva es la que el dolor nervioso comienza en el útero para propagarse de aquí á las diversas regiones del cuerpo. La histeralgia secundaria se manifiesta consecutivamente á una nevralgia desarrollada sobre otro punto del organismo; Nonat acepta y asocia las diferentes opiniones de Valleix y de Bassereau (2). Para el primero la nevralgia uterina tiene un punto de partida en la periferia, esto es, en una nevralgia lumbo-abdominal; siendo el punto doloroso del útero una manifestacion de esta nevrose. Para Bassereau, sucede lo contrario: «No he encontrado, dice este autor, entre los casos observados por mí, sino un solo aparato orgánico cuyo estado morboso pueda considerarse como el punto de partida evidente de la nevralgia intercostal; quiero hablar del útero y de sus anejos.» Creemos prudente adoptar una y otra opinion.

La histeralgia *hidiopática* sobreviene á veces, segun Malgaigne y Nonat, en jóvenes vírgenes de diez y seis á veinte años, pero mas generalmente en las que ya han tenido relaciones sexuales, y durante todo el período genital. Las causas ocasionales son en estos casos las circunstancias de excitacion directa é indirectas, tales como la equitacion; el traqueteo de un carruaje, el fregado de los suelos, etc. La *histeralgia sintomática* se desarrolla á consecuencia de todas las alteraciones materiales del útero y de sus anejos. Nonat reconoce como causas principales la metritis interma y el flemon peri-uterino.

§ II.—Síntomas.

La afeccion nevrálgica que nos ocupa se caracteriza, segun Nonat: 1.° por un dolor sordo, gravativo, que generalmente es contínuo, ó que á lo menos persiste durante mucho tiempo; 2.° por un dolor muy intenso, agudo, rápido, intermitente, que presenta caractéres variables, unas veces tenebrante, otras pungitivo, pero lo mas frecuente lancinante; las enfermas le comparan á una mordedura, desgarradura ó punzada violenta instantánea, etc. Estas formas de dolor existen ya aisladamente, ya simultáneas, ó bien alternan en sus manifestaciones. Estos dolores pueden ser generales ó parciales, existe con mucha frecuencia un punto doloroso al lado izquierdo del cuello (Malgaigne); hemos tenido ocasion de comprobar la realidad y frecuencia de este hecho que Nonat no cree constante.

Los dolores agudos se producen por las causas mas diversas y con frecuencia á horas casi fijas. Determinan turgencia sanguínea caracterizada por calor en la vagina, secrecion mucosa abundante, modi-

(1) Nonat, *loc. cit.*, p. 393.
(2) Bassereau, *Essai sur la névralgie intercostale, considérée comme symptomatique de quelques affections viscérales*, thèse. Paris, 1840, in-4.

ficaciones notables en las reglas (1). Se manifiestan irradiaciones dolorosas en las íngles y region lumbar, y como ha indicado Bassereau, se suelen presentar nevralgias faciales, cervico-braquiales y sobre todo intercostales. Recordaremos de nuevo la divergencia entre las opiniones de Valleix y Bassereau: este último atribuye á la histeralgia las nevralgias periféricas, mientras que el primero considera la histeralgia como producto de las nevralgias en cuestion.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

El curso de la histeralgia difiere poco del de las nevralgias en general; persiste con frecuencia despues de la curacion de la enfermedad á que correspondia como síntoma, en cuyo caso reclama un tratamiento particular.

§ IV.—Tratamiento.

En el plan curativo debe siempre tenerse presente la causa de la afeccion. Si es sintomática, los medios mas eficaces contra ella serán los que produzcan la curacion de la enfermedad primitiva. Si es idiopática, reclamará medios expeciales, solo mencionaremos estos aplicables á la histeralgia sintomática que persiste despues de la curacion de la enfermedad que la produjo.

No hay que tener mucha confianza de los tópicos aplicados á distancia del mal, como sobre el hipogástrio; sin embargo que suelen producir alivio. Estos tópicos son: cataplasmas emolientes, simples ó laudanizadas, las unturas con pomadas opiadas, con belladona, etc., las fricciones con pomadas etc., con éter ó cloroformo; los vejigatorios simples ó con morfina, los baños de asiento, los enemas, etc.

Son preferibles los tópicos: como inyecciones narcóticas, los saquitos medicamentosos de que hemos hablado, las inyecciones con ácido carbónico ó vapor de cloroformo (2), los vejigatorios aplicados en el cuello uterino, y por último la pasta medicinal propuesta por Aran. Puesto el cuello al descubierto, se vierte en el espéculum la cantidad conveniente de líquido (láudano, tintura de iodo, solucion de alumbre, de sulfato de zinc, de tanino, de agua de vegeto, de vino tinto) y si la sustancia no es susceptible de entrar en combinacion con el almidon, se vierten de 4 á 10 gramos en el fondo del espéculum. En pocos instantes se absorbe la sustancia y puede retirarse el instrumento. Si el medicamento puede combinarse con el almidon se escoge otro polvo inerte, el licopodio por ejemplo.

(1) Marotte ha publicado una Memoria sobre este particular, en la que se demuestra que estos epifenómenos de las nevralgias lumbo-uterinas pueden inducir á error con facilidad, haciendo creer la existencia de una afeccion idiopática del útero (*Arch. gén. de méd.*, Abril y Mayo 1860.

(2) Véase el artículo DISMENORREA.

Como es poco conocido el modo de aplicacion de vejigatorios en el cuello uterino, daremos algunos detalles de esto, segun Aran. Puesto al descubierto el cuello uterino, se separan las mucosidades ó la sangre, y se lleva sobre el cuello de la matriz un trozo redondo de emplasto vejigatorio del tamaño del cuelló. Despues de diversos ensayos emplea Aran el emplasto vexicante del Codex, de preferencia á las telas y soluciones vexicantes. Se aplica la rodaja con cuidado apoyándose sobre las anfractuosidades y eminencias para su mejor adaptacion, en ocasiones se obtienen ventajas de hacer cortaduras en la circunferencia para conseguir la mas exacta aplicacion. Se coloca despues una gruesa bola de hilas atada con un largo fiador, bien seca, bien empapada por su parte superior en colodion, conducida hasta el emplasto y sujeta á su vez por otras tres ó cuatro bolas de hilas secas, colocado todo se retira el espéculum. El vejigatorio permanece en su puesto veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, segun las circunstancias; durante cuyo tiempo debe guardar reposo la enferma.

La aplicacion del vejigatorio no es dolorosa. Solo el colodion produce una ligera excitacion. Cuatro ó seis horas despues se produce una sensacion de picor y calor, seguida de un flujo seroso abundante que recuerda todos los caractéres de la excudacion del vejigatorio, rojizo como aquel, y endureciendo el lienzo del mismo modo. Los dolores cesan y el flujo continúa, llegando á veces á ser purulento. Una simple traccion ejercida sobre el hilo pendiente de la primera bola, es suficiente para separar el vejigatorio, á veces es conveniente emplear el espéculum. Son necesarias despues inyecciones ó curas con la pasta laudanizada; en algunos casos conviene sostener la accion irritante del vejigatorio por medio de curas con la tintura de iodo.

La aplicacion del vejigatorio sobre el cuello del útero no determina la formacion de ampollas ó flictenas, sino en casos excepcionales á causa de lo delgado y adherente del epitelio, esta superficie se engruesa y arruga al nivel del vejigatorio, y en los límites del punto de aplicacion se observa un anillo rojizo.

Por último, despues de la aplicacion de los vejigatorios queda durante dos ó tres dias un flujo purulento; el epitelio se desprende y se reemplaza por una membrana fina, ó si la aplicacion se ha verificado sobre erosiones, queda por mucho tiempo la ulceracion de rojo intenso.

Segun Aran, Robert Johns ha propuesto reemplazar el vejigatorio por la siguiente solucion aplicada con un pincel en muchas capas sobre la parte cervical del cuello:

R.	Solucion etérea saturada de cantáridas..........	2 partes.
—	de gutta-percha en cloroformo.........	1 —

Aran no ha podido obtener resultados con el empleo de esta solucion, que se descompone con la mezcla.

Malgaigne (1) ha propuesto la *incision del cuello uterino*, operacion que considera como expecífico de la nevralgia uterina. Nonat dice que no ha obtenido por este medio mas que un alivio momentáneo. En fin, este autor, despues de haber hablado de la *electrizacion*, propone la *cauterizacion trascurrente superficial*; no sobre el cuello uterino, sino sobre el hipogástrio, la region sacra, y sobre los puntos en que se manifiestan las irradiaciones nevrálgicas. Para la indicacion de este procedimiento, véase el artículo METRITIS INTERNA.

ARTÍCULO XIX.

DISLOCACIONES DEL ÚTERO.

1.° Dislocaciones del útero en general.

Solo se tenian algunas ideas inciertas todavía sobre los diversos puntos de la historia de las desviaciones uterinas, cuando Simpson en Edimburgo, Kiwisch en Praga, y muchos profesores en Paris, en vez de recurrir exclusivamente al espéculum, llegaron á hacer de este estudio, merced á la extension del tacto y del cateterismo uterino, uno de los objetos que presentan mas interés al médico.

Si no hay gran certeza de que Hipócrates (2) hubiese conocido las dislocaciones, en cambio Aecio (3) designó estas enfermedades y aun recomendó el *tapon rectal* para curarlas. Ambrosio Pareo (4) las indicó de un modo muy vago, y Morgagni (5) ha citado un caso de inversion determinado, segun él, por el infarto del hígado y del bazo. Levret (6), aunque ocupándose con expecialidad de las desviaciones uterinas en las embarazadas, no desconoció las que se presentan en estado de vacuidad, pues que indica la retroversion en las doncellas.

Segun Cusco (7), indicaremos á Walter-Wall, Grégoire (de Paris), William-Hunter, Linn, Hooper, Brid, Garthshore (1777), Frederick Jahn (8), Saxtorph (9), Ignatius Wiltczek (10), como habiéndose ocupado de las dislocaciones; pero no fueron verdaderamente conocidas

(1) Malgaigne, *Revue médico-chirurgicale*, 1848.
(2) Véase *Hippocrate*; *Œuvres*, trad. par Littré, t. VII: *De la nature de la femme*; t. VIII: *Des maladies des femmes*.
(3) Aecio, *Tetralogia*, cap. 77.
(4) Paré, *Œuvres complètes*, édit. Malgaigne. Paris, 1841, t. II, p. 752.
(5) Morgagni, *De caus. et sed. morb.*, epist. XLVI, 16.
(6) Levret, *Journal de médecine de Vandermonde*, 1773
(7) Cusco, *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853.
(8) Frederick Jahn, *De utero retroverso*. Iéna, 1787.
(9) Saxtorph, *De ischuria ex utero reflexo*. 1775.
(10) Wiltczek, *De utero reflexo morbo gravidis perniciosissimo*.

en Francia hasta las comunicaciones dirigidas á la Academia de cirujía por Chopar. Hará unos quince años que Velpeau imaginó el cateterismo y el enderezador intra-uterino. Esta idea doblemente fecunda bajo el punto de vista del diagnóstico y de la terapéutica, pasó á las manos de Kiwisch (1) y de Simpson, para volver diez años despues enriquecida con casos numerosos y apoyada por Huguier y Valleix.

Boivin y Dugés (2) han publicado observaciones importantes sobre las desviaciones uterinas; Hervez de Chégoin (3) y Simpson (4) han escrito sobre este asunto importantes memorias despues de la que el tratamiento de las dislocaciones uterinas por la reduccion completa se extendió rápidamente en Francia.

Vienen en seguida P. Dubois, Malgaigne, Adolfo Robert, Récamier, Amussat, Jobert (5), etc., habiendo observado todos estas enfermedades y tomado parte en la discusion sostenida con este motivo en la Academia de Medicina.

En Alemania, segun Kiwisch, encontramos á Rokitansky, Virchow (6), Mayer (7), Sommer (8) y Reinhardt (9) presentando interesantes investigaciones sobre las dislocaciones uterinas.

En Inglaterra y en Alemania deben mencionarse: Prothero Smith (10), Beattie (11), Rigby (12), Samuel Edwards (13), Cumming (14), Bond (15), Mac Cready (16); en fin, en Francia, en estos últimos años se han distinguido por muchas publicaciones de este gé-

(1) Kiwisch, *Klinische Vorträge uber specielle Pathologie und Therapie des weiblichen Geschlechtes: D e Krankheiten der Gebärmutter*. 3.ª édition. Prag. 1851.

(2) Boivin et Dugés, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris 1833.

(3) Hervez de Chégoin. *De quelques déplacements de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier* (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 319).

(4) Simpson, *Contributions to the pathol. and treat. of the Uterus (London and Edinb. monthly Journ.*, t. III).—*Sur la frèquence, le diagnostic, et le traitem. de la rétroflexion ou rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité* (*Dublin quarterly Journal*, t V.).

(5) Jobert, *Discussion à l'Académie* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, Paris, 1849, t. XV. p. 58 á 421).

(6) Virchow. *Des flexions de l'utérus.*—Véase *Schmidt's Jahrbübher der in und auslandischen gesammten Medicin*. Jahrgang, 1851, par le docteur Sickel.

(7) Mayer, *ibid.*

(8) F. C. Sommer, *Beitrage zur Lehre der Infractionen und Flexionen der Gebärmutter* In-8. Giessen, 1850.

(9) Reinhardt, véase Sickel, in *Schmidts Jahrbücher der gesammten Medicin* (*loc. cit.*).

(10) Smith, *Obstetric. Record.*

(11) Beattie, *Dublin quarterly Journal*, 1847.

(12) Rigby, *Médical Times*. Lóndres, 1849.

(13) Samuel Edwards, *Provinc med. and. surg. Journ.*, Junio 1849.

(14) Cumming, *Edinburgh monthly Journal*, 1849.

(15) Bond, *Americ. Journal of medical sciences*, 1849.

(16) Mac Cready, *Americ. Transactions*, 1849.

nero, Baud (1), Dufraigne (2), Grimaud (3) y Pichaud (4), que han tratado diversos puntos de la cuestion.

Las investigaciones de Bourlard (5), Verneuil (6), Cusco (7), Valleix (8), Michon (9), vienen á esclarecer la etiología de las desviaciones uterinas. Por último, se encuentran nuevos datos en los trabajos de Scanzoni, Becquerel, Nonat, Aran, Huguier, Benjamin Dunal (10), Bernutz y Goupil (11), y Churchil (12).

§ I.—Definicion, sinonimia y divisiones.

Existe *dislocacion del útero* siempre que el eje de este órgano no corresponde, en todo ó en parte, al estrecho superior de la pélvis.

Las dislocaciones uterinas han recibido los nombres de *inversion*, *luxaciones*, *dislocacion trasversal* (Levret); *anteversion* y *retroversion* (Desgranges), *delapsus*, *reclinatio* (retroversion); *pronatio uteri* (anteversion), (Moeller); *anteflexion* (Ameline) y *retroflexion*; *lateroversion*, *lateroflexion*, etc., segun la expecie de dislocacion que se quiera designar.

Con frecuencia se designan estas enfermedades con el nombre vulgar de *descenso de la matriz*, porque en las dislocaciones el útero se encuentra mas ó menos descendido; pero este nombre es impropio en este lugar, y no debe aplicarse sino en el caso, en que conservando su direccion normal, el órgano se dirige hácia abajo mas ó menos cerca del orificio vulvar ó saliendo de él, en cuyo caso es un verdadero *prolaxo*.

No hay certeza sobre la frecuencia relativa de estas expecies de dislocaciones.

En la época en que dimos nuestras lecciones clínicas, encontramos 35 dislocaciones adelante, y 33 hácia atrás, en proporcion casi

(1) Baud, *Déviation et engorgement de l'utérus, moyen nouveau pour les guérir* (*Bulletin de l'Académie*, 1849-1850, t. XV, p. 58.

(2) Dufraigne, *De la rétroflexion*, thèse inaugurale. Paris, 1851.

(3) Grimaud, *De l'antéversion de la matrice*, thèse inaugurale, Paris, 1852.

(4) Piachaud, *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse inaugurale. Paris, 1852.

(5) Boulard, *Quelques mots sur l'utérus* (*sa forme, ses nerfs*, thèse. Paris, 1853, n.° 87.

(6) Verneuil, *Mémoires de la Société de chirurgie*.

(7) Cusco, thèse pour l'agrégation. Paris, 1853.

(8) Valleix, *Bulletin gén. de thérap.*, 1851 y 1852.—*Journal de médecine de Toulouse*, 1851—*Des déviations utérines* (lecciones clínicas recogidas y publicadas por Gallard. *Union médicale*, 1852).

(9) Michon, *Leçons cliniques sur les affections utérines* publicadas por Zambaco (*Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 658, 713, 771).

(10) B. Dunal, *Études médico-chirurgicales sur les déviations utérines*. Paris, 1860.

(11) Bernutz y Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1860, t. II.

(11) Fleetwood Churchill, *Traité pratique des maladies des femes*.

igual. Desde entonces hemos observado gran número de casos, pero no habiendo reunido todos los datos, solo podemos presentar 49, de las que 28 corresponden adelante y 20 atrás; lo que produce uniendo ambas séries un total de 63 dislocaciones adelante y 54 atrás. Estas últimas aparecen un poco menos frecuentes; pero hace falta continuar estas investigaciones.

Hemos dividido sus diversas dislocaciones en tres distintos grupos:

1.° Grupo.—Dislocaciones adelante: 1.° Anteversion simple; 2.° anteflexion; 3.° variedades que consisten en anteversion con diversas flexuosidades.

2.° Grupo.—Dislocaciones hácia atrás: 1.° Retroversion simple; 2.° retroflexion; 3.° variedades que consisten en una retroversion con fluxuosidades diversas.

3.° Grupo.—Dislocaciones laterales: 1.° Lateroversion; 2.° Lateroflexion.

Para distinguir las diversas dislocaciones se considerará la direccion del cuerpo del útero. Así en la antroversion ó dislocacion adelante, el cuerpo está inclinado en este sentido, mientras que el cuello se dirige á la concavidad del sacro. En la retroversion, el cuerpo está inclinado atrás sobre el recto, y el cuello adelante hácia la sínfisis pubiana. Es, pues, la direccion del cuerpo la que designa la dislocacion. Hay anteflexion cuando el cuerpo está dirigido adelante, cualquiera que sea la situacion del cuello, y retroflexion cuando el cuerpo se dirige atrás formando un ángulo con el cuello. Iguales observaciones son aplicables á las lateroversiones y lateroflexiones.

Segun Simpson, no hay verdadera utilidad en estudiar separadamente las versiones y las flexiones. Veremos, sin embargo, que las flexiones exigen en su tratamiento ciertas maniobras particulares, que presentan dificultades en el diagnóstico que le son propias, y por último, que en sus síntomas hay diferencias que no carecen de importancia.

§ II.—Causas.

Segun los principios expuestos por Cusco, solo hay una division esencialmente útil, la de *versiones* y *flexiones*. Esta es toda la patologia de las dislocaciones; á ella se subordina la etiología, la sintomatologia, y preside la terapéutica.

El útero sano y en estado de vacuidad no parece pueda sufrir *flexiones*, la rigidez de su tejido se opone; pero por la influencia de la presion de los órganos inmediatos, puede dislocarse verificando un movimiento de váscula sobre sus ejes, en cuyo caso se producen las *versiones*. En estos casos, el cuerpo y el cuello del órgano conservan sus relaciones respectivas y su eje comun queda rectilíneo, pero el órgano en totalidad ha perdido sus relaciones normales con los ejes correspondientes de la pélvis.

Cuando las paredes uterinas han perdido su consistencia como en

el puerperio, por una metritis, puede el cuerpo inclinarse sobre el cuello, doblarse adelante, atrás ó lateralmente, en cuyo caso se producen las *flexiones* propiamente dichas. Estas flexiones se auxilian, sin disputa, por la presion de las vísceras abdominales, pero su causa primitiva reside en la alteracion de las paredes uterinas.

Esta distincion, formalmente establecida por Cusco, hace considerar las luxaciones y las flexiones como dos estados patológicos absolutamente extraños uno de otro. En efecto, las flexiones presentan como punto de partida las mismas paredes uterinas, mientras que las dislocaciones reconocen causas extrañas al mismo útero; y fácilmente se comprende, cómo la terapéutica tiene que relacionarse con esta distincion (Racle).

Consideraciones generales sobre la anatomía y desarrollo del útero (1).—Colocado en el centro de la cavidad pelviana, entre la vejiga y el recto, está situado el útero profundamente é inaccesible á la exploracion supra-pubiana. No está fijo de un modo invariable, y puede experimentar dislocaciones, sea por causas directas, sea por la accion de los órganos inmediatos. Su parte superior ó peritoneal, compuesta del cuerpo y parte supra-vaginal del cuello, y de parte inferior su porcion sub-vaginal son libres, y el útero solo está fijo y sostenido en su lugar por su parte media, por medio de una série de ataduras que vienen á confluir en el punto de union del cuerpo y el cuello. En este punto está fijo por la insercion de la extremidad superior de la vagina, y una íntima adherencia á la parte posterior de la vejiga, en una extension de 14 á 15 milímetros. Por detrás, los dos ligamentos *útero-sacros* parten de la porcion posterior del cuerpo y van á los bordes laterales del sacro, fijando el útero en este sentido. Por delante los ligamentos redondos, prolongacion del tejido uterino, unen el órgano á la pared abdominal. Por último, los ligamentos anchos podrian considerarse como medio de fijeza si no estuvieran flotantes y flojos. El peritoneo mismo debe considerarse como agente suspensor accesorio, pues que no puede dislocarse mucho el órgano sin producir tension de esta membrana en el punto en que abandona el cuello y se refleja sobre las partes inmediatas; es verdad que estas inserciones peritoneales son flojas excepto por detrás, donde forman por encima de los ligamentos útero-sacros los repliegues salientes, llamados *ligamentos de Douglas*. De todos estos medios de fijeza los mas útiles son la adherencia á la vagina y la vejiga y los ligamentos útero-sacros. Como todas estas partes abrazan el útero en un plano circular y casi horizontal, resulta una expecie de plano que el útero atraviesa completamente. «Este es el punto comun que

(1) Aran ha presentado observaciones llenas de interés sobre la situacion, medios de fijeza, y sobre la mobilidad del útero, en una palabra, sobre lo que llama *estática* de esta víscera, en las *lecciones clínicas* y en los *Estudios anatómicos y anatómico-patológicos sobre la estática del útero.* (*Archives de médecine*, 1858, t. I, p. 139 y 310).

constituye el verdadero eje del útero, el eje de suspension, eje ficticio, si se quiere, pero que no por eso deja de tener la importancia que de su estudio se desprende. Basta para esto demostrar, por el tacto vaginal, dos cosas á las que los observadores parece no han prestado la atencion necesaria, y de las que una ha sido negada por algunos: la primera, que la porcion vaginal del cuello del útero no descansa inmediatamente sobre el plano de la pélvis, como se ha pretendido en obras recientes; la segunda, que es fácil mover el órgano alrededor de su eje de suspension adelante, atrás y á los lados, pero tomando el órgano inmediatamente su posicion normal sacando la causa que le dislocó.» (Aran).

En estas observaciones anatómicas, de la mayor exactitud, quisiéramos sustituir la frase *eje de suspension* por la de *plano de suspension*, porque hay muchos ejes distintos, uno trasversal, otro antero-posterior, y aun un eje oblícuo; hay tambien que notar que al nivel de esta abertura de este plano imaginario, ó un poco por encima es el punto donde se efectúan las corvaduras ó flexiones del útero.

Como quiera que sea, «este eje de suspension es susceptible de dislocarse en masa, por la flexibilidad y elasticidad de las partes que le constituyen; lo que explica en particular, cómo el cuello del útero está mas próximo á la vulva cuando la mujer está de pié, y cómo el dedo introducido en el recto puede elevar el útero á grande altura en la pélvis.» (Aran).

La profundidad á la que se encuentra el cuello uterino en la vagina se ha exagerado por algunos autores, que la fijan en 10 á 12 centímetros. Aran dice que el cuello está á 6 centímetros del orificio vulvar en la mujer que ha tenido hijos, y de 7 á 8 centímetros en la vírgen ó en la que no ha tenido hijos. Augusto Voisin (1) dice que esta distancia solo es de 5 $^1/_2$ á 6 $^1/_2$ centímetros.

Las dimensiones principales del útero, deben indicarse, pues pueden apreciarse durante la vida por el cateterismo, los cambios de volúmen del órgano. Richet (2) comprendia de este modo el resultado de las investigaciones continuadas durante diez años:

«1.° En la mujeres que han tenido hijos, el diámetro vertical de la cavidad uterina en el estado fisiológico, tomado desde el cuello al fondo de la cavidad, presenta 60 milímetros;

»Comprendiendo en este diámetro el grueso de las paredes, hacen 68 milímetros;

»El diámetro trasversal de la cavidad entre los orificios tubarios, es de 30 milímetros;

»El diámetro trasversal exterior, entre las inserciones de las trompas, es de 47 $^1/_2$ milímetros.

(1) Augusto Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés*. Paris, 1860.

(2) Richet, *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 3.ª edicion. Paris, 1865.

»2.° En las mujeres que han tenido relaciones sexuales, pero sin haber sido madres, el diagnóstico vertical de la cavidad es de 55 milímetros;

»El del útero, comprendiendo las paredes, 63 milímetros;

»El trasverso ó intertubario, de 27 milímetros;

»El trasverso exterior, de 45.

»3.° En las vírgenes, el diagnóstico vertical de la cavidad, segun el único caso que he podido recoger, era de 45 milímetros;

»El del útero, de 55 milímetros;

»El trasverso ó intertubario de 15 milímetros;

»El trasverso exterior, de 30 milímetros.»

En los cinco ó seis dias que preceden ó siguen á la aparicion de las reglas, añade Richet, los diámetros uterinos superan por lo general las cifras anteriores, mientras que en el período intermedio descienden un poco.

Estas cifras, con muy escasas modificaciones, se han adoptado por la mayor parte de los autores.

Las investigaciones de Félix Guyon (1) han modificado la opinion que se tenia de la forma de la cavidad uterina. La mayor anchura de esta cavidad existe al nivel de la insercion de las trompas, y en este punto la cavidad se divide en dos compartimentos, prolongaciones laterales ó *cuernos* muy evidentes; la porcion colocada inmediatamente por debajo es mas ó menos cónica, y es la porcion *ceratina* del cuerpo, á la que sigue una extrechez ó *istmo* que corresponde al orificio cervico-uterino, en cuanto á la cavidad del cuello es fusiforme, como se sabe. Uno de los hechos importantes establecidos por F. Guyon, es el existir con frecuencia torsion, extrechez ó desviacion lateral del istmo, lo que explica ciertos casos de dificultad del cateterismo uterino. F. Guyon hace notar tambien que las cavidades del cuerpo y del cuello no están abiertas sino cerradas por la aproximacion de las paredes cuyas eminencias (árbol de la vida) se encajan recíprocamente; en efecto, estas eminencias están en la cara posterior desviadas á la izquierda, y las del anterior á la derecha. En fin, con Richet, F. Guyon no admite esfínter en el orificio cervico-uterino ó istmo.

A pesar de todas las discusiones que han tenido lugar sobre la direccion normal del *eje* del útero, es menester admitir la fórmula de los antiguos anatómicos: el eje uterino es casi el mismo de la excavacion pelviana. A pesar del mérito de las investigaciones de Boulard (2), y el valor del apoyo que le ha dado Verneuil (3), los médicos, cirujanos y anatómicos no consienten en admitir que la *antecor-*

(1) Félix Guyon, *Études sur les cavités l'utérus à l'état de vacuité*, tésis inaugural. Paris, 1858, n.° 48. Con dos hermosas láminas.

(2) Boulard, *Quelques mots sur l'utérus (sa forme, ses nerfs)*, tésis inaugural. Paris, 1853, n.° 87.

(3) Verneuil, *Mémoires de la Société de chirurgie*.

badura sea la direccion normal del útero en la niña y en la jóven. Cusco, y mas tarde Richet, han procurado demostrar que en las niñas se puede encontrar el cuerpo del útero en todas las posiciones posibles, á causa de un poco espesor y de su flexibilidad; y mas recientemente, Lala (1) ha asegurado que el estado normal del útero en la niña es la *retroflexion*.

En cuanto á la antecorbadura en la jóven, la considera Cusco como el resultado de un retraso en el desarrollo de la pared anterior del útero. (Para mas detalles, véase Richet (2) y Aran (3).

Por último, relativamente al *desarrollo* del útero, solo indicaremos un solo hecho: el antagonismo manifiesto que existe entre el cuello y el cuerpo del órgano (Cusco) (4). Desde el nacimiento hasta la pubertad, esto es, hasta los trece ó quince años, el cuello está en un desarrollo proporcionado al de los demás órganos, mientras que el cuerpo está rudimentario, presentando una altura vertical igual á la del cuello. En la pubertad, el cuerpo del órgano se desarrolla rápidamente, alcanzando dos ó tres veces la longitud del cuello, se endereza y continúa el cuello en línea recta ó con una ligera corbadura adelante. Despues de los embarazos permanece casi siempre algo mas voluminoso. En fin, en la ancianidad, el cuello se atrofia sin que el cuerpo pierda de volúmen. En razon de esta atrofia relativa, y de la flexibilidad natural del cuerpo del órgano, por lo que Richet y Cusco niegan la corbadura anterior indicada por Boulard antes de la pubertad, y que el último atribuye á este estado en los casos en que se presenta en la jóven vírgen un detenimiento en el desarrollo de la pared uterina anterior (Racle).

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—Las dislocaciones se producen casi siempre en mujeres jóvenes todavía. Este resultado, obtenido primero en 68 casos, se ha confirmado de nuevo en otra série de 49 casos, dando un total de 117. Las de veinte á treinta años son las mas expuestas, lo que no quiere decir que no se observe en edad mas avanzada, pero comienzan en la juventud.

Se ha dicho que la edad crítica disponia á esta alteracion de localidad, pero cuando se examinan los hechos, se ve que las mujeres exploradas en la edad crítica hacia muchos años que presentaban el padecimiento.

Una causa que merece preferencia es el *parto*. (De 117 casos, 93 mujeres habian tenido muchos partos; 18 eran estériles, y 6 vírgenes.)

Entre las 93 que han tenido embarazos terminados por parto ó aborto, hay pocas en que se produjera la enfermedad poco tiempo despues del parto, de modo que casi siempre siguió prontamente el efecto á la causa.

(1) Lala, *Essai sur les déplacements de l'utérus*, thèse. Paris, 1857, n.° 253.
(2) Richet, *loc. cit.*, p. 787 y siguientes.
(3) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 20 y siguientes.
(4) Cusco, thèse de agregation 1853.

En otros casos ha existido por lo comun una causa determinante, apreciable, que en época mas ó menos lejana produjo la desviacion. Los hechos no nos han permitido comprobar que el *aborto* determine mas especialmente la enfermedad. Los abortos como causa son menos frecuentes que los partos, mientras que son frecuentes despues de producida la dislocacion.

Parece probable que en los casos en que las mujeres han sido *estériles* y las que se han afectado de desviacion uterina siendo *vírgenes*, se trate de *dislocaciones congénitas*. Entre las mujeres estériles hay en efecto muchas que han presentado síntomas que pueden referirse á la dislocacion antes del matrimonio, y si otras no han presentado nada semejante, es porque solo padecian una desviacion incipiente que mas tarde se hizo completa.

La existencia de las *dislocaciones congénitas* se ha demostrado directamente. Kiwisch (1), Huguier, y muchos otros autores, citan casos de esta especie. Hemos visto alguno bien notable, y si se examinan los hechos, se ve que son dislocaciones adelante, resultado de una conformacion primitiva. Las investigaciones de Verneuil y Boullard sobre el desarrollo del útero dan la explicacion de este hecho, y nos explican porqué las anteflexiones se encuentran sobre todo en este caso.

¿Qué papel desempeña el *infarto* en las dislocaciones uterinas? Cuando Velpeau (2), sin negar la existencia del infarto, dijo que lo considerado como tal ha sido siempre, una dislocacion, produjo un sin número de reclamaciones, y sin embargo, enunció un hecho positivo.

Una *inflamacion aguda* ó *crónica* con desarrollo del útero, determinada ó no por un parto ó un aborto, puede determinar una dislocacion, sobre todo hácia adelante, como sucede en las enfermas que padecen dislocacion con inflamacion aguda. En estos casos se puede por los medios comunes, hacer desaparecer el volúmen exagerado del órgano, y solo entonces se le ve recuperar su situacion normal. En otros casos puede dislocarse el útero sin infarto prévio, como se ve en las jóvenes que sufren una caida, y despues sobreviene el infarto.

Segun Kiwisch (3), las *metrorragias* y *menorragias* de larga duracion pueden producir igual efecto; pero es muy difícil decidirse en esta cuestion; puede suceder muy bien que las hemorragias sean la consecuencia y no la causa de la enfermedad, como pueden comprobarlo los resultados del tratamiento.

Todos los autores han indicado la *situacion* y *ciertas circunstancias anatómicas del útero* como predisponiendo á las dislocaciones. En efecto, es cierto que este órgano móvil, suspendido por ligamen-

(1) Kiwisch, *Klinische Vorträge uber specielle Pathologie und Therapie des Weiblichen Geschlechtes: Die Krankheiten der Gebarmutter*. Prag. 1851.
(2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 81 y sig.
(3) Kiwisch, *loc. cit.*

tos y con su extremidad mayor hácia arriba, se encuentra en condiciones favorables para diversas dislocaciones. A esta disposicion se añaden los cambios que pueden experimentar los órganos inmediatos en el desempeño de sus funciones, ya sea rechazando al útero, ya arrastrándole hácia sí.

Hay afecciones que predisponen, como fácilmente se comprende, á dislocaciones del útero; tales son los *tumores fibrosos*, los *pólipos*, en una palabra, cuanto determine aumento de volúmen del cuerpo de este órgano, cambiando su centro de gravedad, alterando su equilibrio estable. Entonces las ampliaciones de los órganos inmediatos y los esfuerzos musculares, auxilian la produccion de la dislocacion.

En cuanto á otras causas predisponentes, solo tienen una importancia verdaderamente secundaria, y casi pudiera decirse que nula. Hemos encontrado, es cierto, en la mitad próximamente de los casos, los elementos del temperamento linfático, bien aisladamente, bien unidos á los temperamentos sanguíneo ó nervioso. ¿Pero qué consecuencia podrá deducirse de esto, cuando sabida es la dificultad que hay de poder caracterizar de un modo preciso tal ó cual temperamento? Además, hay que notar, que en general dominan en las mujeres los elementos del temperamento linfático; y así no es raro que se les haya considerado como auxiliando la produccion de un gran número de enfermedades.

Lo mismo diremos en cuanto se refiere á la menstruacion, la facilidad ó dificultad con que se establece, la disminucion ó aumento del flujo sanguíneo, los adelantos ó retrasos sufridos en su aparicion, la existencia ó carencia de leucorrea, etc.; circunstancias todas que presentan la mayor variedad, así en las mujeres de mejor salud como en las que padecen dislocaciones.

1.° *Causas ocasionales.*—En los casos que hemos observado, la *facilidad ó dificultad del parto*, *la duracion del trabajo*, *las diversas maniobras* necesarias para terminarle, etc., no han parecido ejercer ninguna influencia sobre la produccion de las dislocaciones. En un caso, sin embargo, el parto fué muy penoso, siendo necesario ejercer sobre la cabeza del feto tracciones muy fuertes y prolongadas, por medio del forceps. Pero en rigor no es esta una causa importante, pues aunque se admite como tal, se la encuentra muy rara vez determinando dislocaciones, ejecutándose por otra parte estas maniobras con frecuencia sin dar lugar á desviaciones uterinas. Sin embargo, Mayer ha encontrado algunas veces inmediatamente despues del parto el útero doblado adelante ó atrás, y atribuye estas flexiones á las tracciones ejercidas sobre la placenta, y la expecie de flexion dependiente del punto de insercion placentario. Sin embargo, la produccion de una flexion en un útero que permanece flojo puede admitir cualquiera otra explicacion, pues la que presenta Mayer necesita nuevas pruebas.

El *ejercicio activo inmediatamente despues del parto*, se considera por todos como una causa de las mas evidentes. Sin embargo, no tiene lugar sino en una escasa minoría de los casos, y por otra parte, casi siempre la desviacion solo se ha dado á conocer uno ó muchos meses despues de la primera salida de las paridas. Sin embargo, algunas veces se ve producirse su dislocacion con tal rapidez en las mujeres que han andado muy pronto, que parece muy manifiesta la relacion de causa y efecto.

Una causa indicada por los observadores consiste en los *grandes esfuerzos musculares*, las *caidas*, el *traqueteo de un coche*. Á veces, en efecto, despues de un violento esfuerzo para levantar un fardo, de una caida sobre los piés ó sobre las nalgas, da una brusca sacudida, cualquiera que sea la causa, experimenta la mujer en la pélvis una sensacion de dolor mas ó menos intensa, tirantez, chasquidos, y desde este momento se manifiestan los síntomas de la dislocacion para no desaparecer. En semejante caso, es evidente la relacion de casualidad.

Cuando se interroga con cuidado á las enfermas, se observa que, en algunos casos, se han presentado en la pélvis síntomas de *inflamacion*, generalmente consideradas como *inflamaciones intestinales*. La misma anatomía patológica nos enseña que, con frecuencia; contrae el útero adherencias con los órganos inmediatos, sufriendo deformaciones que determinan dislocaciones, en cuyo caso no podemos dudar estas afecciones fuesen inflamaciones del útero y sus dependencias, porque el sitio de la enfermedad, los tumores dolorosos observados, las reparaciones, los síntomas particulares indicados por las enfermas, no dejan duda alguna sobre este punto.

En este caso, las dislocaciones dependen de causas muy diversas. Cuando el útero está inflamado aumenta de volúmen, pierde su equilibrio y se disloca. Un tratamiento apropiado, volviendo al útero su volúmen, hace corregir la dislocacion y demuestra la realidad de la causa. *Cuando él está inflamado parcialmente*, la porcion afectada aumenta de volúmen y de peso y arrastra al útero á su lado.

Si existe una *peritonitis parcial*, y se producen adherencias, de las que nos ocuparemos al tratar de la anatomía patológica, la matriz se encontrará atraida de esta parte y fija. La posibilidad de esta causa debe siempre presentarse á nuestra imaginacion, pues si en estos casos se procediera con violencia sobre el útero, pudiera lesionarse este, ó romperse las adherencias, lo que produciria funestos resultados (Virchow); pero la curabilidad de estas dislocaciones prueba que Virchow ha exagerado la frecuencia é importancia de esta causa. Si el *útero está reblandecido*, las flexiones se producen con facilidad, presentándose múltiples á veces. Por último, los *tejidos circunvecinos pueden inflamarse*, resultando induraciones, tejidos inodulares y retraccion mas ó menos grande que arrastre al útero hácia este lado.

El útero puede tambien dislocarse por la presion producida por *diversos tumores* formados en sus inmediaciones; así los *tumores sanguíneos* le rechazan adelante, los *tumores del ovario*, etc. Basta conocer la situacion de las partes para comprender lo que sucederá en semejantes casos.

§ III.—Síntomas.

Las dislocaciones congénitas no dan lugar á ningun síntoma, mientras que una excitacion cualquiera, ó una causa ocasional, no venga á colocar al útero en condiciones tales, que comprimiendo los órganos inmediatos, dificulte sus funciones, produciendo dolores diversos. En semejantes casos, la excitacion producida por las primeras relaciones sexuales son el punto de partida de los síntomas, que pueden traducirse por esfuerzos, caida, metro-vaginitis, contagiosa ó no. Por lo comun las dislocaciones se presentan por sus síntomas característicos.

Invasion.—La invasion es generalmente gradual. Las enfermas experimentan primero molestia en el bajo vientre, dolores pelvianos, que se dirigen á las íngles y al sacro; mas tarde peso, que se experimenta hácia el periné, ano é hipogástrio, segun la dislocacion; despues dificultad en la progresion, debilidad, alteracion de las digestiones, y se confirma la enfermedad.

Síntomas de la enfermedad confirmada.—El síntoma mas frecuente es el *dolor expontáneo*. De los 117 casos indicados solo ha faltado en uno, y aun en este se presentaba bajo el aspecto de una sensacion particular en el momento de la emision de orina.

Este dolor, que ocupa los diversos puntos de la pélvis, hipogástrio, íngles, caderas y sacro, está con frecuencia, pero constantemente, en relacion con la direccion viciosa del útero.

Este dolor principalmente producido por la presion que ejerce el cuerpo dislocado sobre las partes inmediatas, si existe á la par un dolor en un punto opuesto, dependerá de la presion ejercida por el cuello tumefacto. Hemos podido comprobar que cuanto mas duro y tumefacto estaba el cuello, tanta mayor intensidad presentaba el dolor. En algunos casos se unen á estas principales causas del dolor expontáneo, *tracciones dolorosas* en los tejidos inmediatos dependientes de aumento de volúmen del útero.

El *dolor provocado* se manifiesta en la progresion, que llega á veces á ser insoportable. Una jóven que estuvo dos años sin poder dar un paso, al cabo de tres meses del tratamiento, pudo hacer largas escursiones á pié y en coche. Los grandes esfuerzos musculares hacen tambien el dolor manifiesto en alto grado. En las dislocaciones adelante, la pared anterior es la dolorosa, á veces considerable-

mente, y dislocaciones posteriores, la parte condolida es la correspondiente. La *palpacion abdominal* se produce tambien, cuando el útero presenta volúmen suficiente para sobrepasar los púbis.

En todos los casos de dislocaciones que dan lugar á síntomas, hemos encontrado el útero *ingurgitado*, lo que justifica la proposicion de Velpeau. Pero ni el infarto solo, ni aislada la dislocacion, no pueden en la mayoría de los casos producir los síntomas propios de las dislocaciones, mientras que su reunion los produce con seguridad.

Hemos encontrado *leucorrea* mas ó menos abundante en todas las enfermas, y Kiwisch habia hecho la misma observacion.

Las *menstruaciones* suelen ser difíciles y dolorosas. Suelen presentarse *metrorragias*. Las reglas son abundantes, de corta duracion, y á veces muy próximas, llegando á producir *anemia*. A veces, por el contrario, son poco considerables y retardadas, pero suele ser raro; nosotros solo lo hemos observado en un caso de retroversion. La *amenorrea* tampoco es frecuente, solo la hemos observado dos veces de ciento diez y siete.

La *emision de orina* es frecuente, y dolorosa. Este síntoma no es particular de la anteversion, pero se observa con mas frecuencia en las dislocaciones adelante que en las posteriores. Así en los 68 primeros casos analizados, en 22 habia alteracion en la miccion de 35 casos de dislocacion anterior, y 3 solamente de 33 casos de dislocacion posterior. En estos casos, el cuello voluminoso y duro estaba fuertemente dirigido adelante y comprimia el cuello de la vejiga.

La *defecacion* es, por otra parte, notablemente mas frecuente en las dislocaciones posteriores. Siendo poco modificada, 23 veces de 33 en el primer caso, y 18 de 35 en el segundo. Lo que explica las alteraciones de la defecacion en las anteversiones, es la presion del cuello voluminoso del útero que se apoya oblícuamente sobre la parte inferior del recto.

En algunas circunstancias estos síntomas alcanzan extremada intensidad. Así hemos visto algunas enfermas sufrir intensos dolores al orinar, sufriendo otros al defecar, expulsando en ocasiones gran cantidad de moco sanguinolento.

Cuando duran cierto tiempo estos síntomas, sobrevienen nuevos fenómenos.

La *progresion* no solo es dificultosa por el dolor. La *debilidad* aumenta á su vez las molestias del ejercicio. Las enfermas se fatigan pronto, no *pueden estar mucho tiempo de pié*, y al cabo de cierto tiempo sufren *dolores en los miembros inferiores*.

Nonat (1) indica parálisis musculares parciales, producidas bajo la influencia de las afecciones uterinas; suelen ser por lo general incompletas y afectan los músculos de una pierna, un brazo, de ambos miembros á la par ó de los músculos de la laringe hasta producir

(1) Nonat, *loc. cit.*, p. 381.

afonía. Martin (1), Esnault (2), Vallin (3), R. Leroy, de Étiolles (4), Gallard (5), Trousseau (6), Landry (7), Brown-Séquard (8) han dado á conocer casos semejantes, mientras que por otra parte Becquerel no se ocupa de ello, y Aran (9) dice que es imposible admitir parálisis puramente simpáticas del estado uterino, sin nevrose general (Racle).

A veces, acostándose la mujer bien de espaldas ó sobre el abdómen, segun la expecie de dislocacion, ó volviéndose de un lado á otro, sienten un *peso que se mueve* determinando mas ó menos dolor. En estas ocasiones es cuando principalmente se observan las *tracciones dolorosas procedentes de los ligamentos*. Así se observa además del dolor localizado en el punto en que se encuentra el cuerpo del útero, otro en un punto opuesto, exasperándose este dolor por el enderezamiento del órgano por medio de la sonda uterina y por los movimientos del tronco.

Es menester no confundir los dolores precedentes con los de otra naturaleza sufridos en otras partes del cuerpo y en la pélvis misma. Estos últimos son de *naturaleza nevrálgica* y son dependientes tanto de la anemia, como del estado del útero. Así se observa una *nevrugia lumbo-abdominal*, *nevralgias intercostales* reconocibles por puntos dolorosos mas ó menos aislados, punzadas, etc. Lo que demuestra que estos dolores son hasta cierto punto independientes es que pueden persistir cuando el útero se ha enderezado y desaparecido todos los síntomas, y que ceden á los medios apropiados para curar las nevralgias.

Simpson ha indicado particularmente un dolor de naturaleza nevrálgica en el pecho izquierdo. Este dolor frecuente, pero no constante, depende de una nevralgia intercostal.

Pueden existir dolores de la misma naturaleza en otras partes del cuerpo (cara, miembros); pero son mucho menos frecuentes.

Por último, indicaremos la *inapetencia*, las *digestiones* difíciles,

(1) P. E. Martin, *Des tumeurs phlegmoneuses des ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin*, tésis inaugural. Paris 1851, n.º 251.

(2) Esnault, *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon péri-utérin*, tésis inaugural. Paris, 1857, n.º 206.

(3) Emilio Arturo Vallin, *Des paralysies symptomatiques des maladies de l'utérus et de ses annexes*, tésis. Paris, 1858, n.º 33.

(4) Leroy (d'Étiolles), *Des paralysies des membres inférieurs, des paraplégies*, en 8. Paris, 1856-1857.

(5) Gallard, *De l'inflammation du tissu cellulaire qui environne la matrice, ou du phlegmon péri-utérin et de son traitement*, tésis. Paris, 1855, n.º 39.

(6) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 342.

(7) Landry, *Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 273.

(8) Brown-Séquard, *Leçons sur les paralysies des membres inférieurs*, trad. franc. de R. Gordon, 2.ª edicion. Paris, 1865.

(9) Aran, *loc. cit.*, p. 147; véanse tambien Brow-Séquard, *loc. cit.*, 2.ª edicion. Paris, 1865.

dolorosas (gastralgia) el *adelgazamiento*, *palpitaciones*, *ruido de fuelle en las arterias*, *decoloracion de los tejidos* (anemia).

Conviene añadir á estos síntomas los que caracterizan el *histerismo*, ya existan verdaderos *ataques* histéricos, ya solo experimentan las enfermas ese estado *histericismo*, que consiste en opresion, espasmos, malestar general, deseo de llorar, etc. Este estado es frecuente en las mujeres afectadas de dislocacion, y prueba que dependo estas afecciones el que desaparecen despues de la reduccion (*histerismo sintomático*, Nonat).

Tales son los síntomas que se pueden indicar en las dislocaciones uterinas considerados en general. Existen todavía otros que describiremos en detalle al hacer la historia de cada expecie en particular.

Consecuencias de las dislocaciones.—Se ha citado principalmente el *aborto* como una de las consecuencias casi necesarias de la afeccion, pero si bien es frecuente en las que padecen dislocaciones uterinas lo son mucho menos de lo que se cree en general.

Las *dificultades del parto* pueden considerarse, como lo ha hecho observar Dezanneau, para la anteversion, y es mas que probable que en los casos de dislocaciones en las embarazadas se refieran á mujeres cuyo útero estaba ya dislocado en el momento de la fecundacion, de modo que solo el aumento de volúmen del útero es la causa de los padecimientos sobrevenidos mas tarde.

En cuanto á la *esterilidad*, tenemos datos mucho mas precisos. Primeramente, de los 117 casos que hemos mencionado, existia en 19 la esterilidad, lo que es una cifra considerable en mujeres jóvenes, y cuya mayoría deseaban tener hijos. Pero el hecho es mucho mas manifiesto si se considera que de las 98 restantes 42 solo tuvieron un parto.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El curso de estas afecciones es por lo comun creciente y crónico. Es frecuente ver sobrevenir en ciertas épocas, ya sea expontáneamente, ya por la influencia de los diversos medios empleados un bien estar relativo, capaz de hacer creer una próxima curacion. Pero examinado el curso de la enfermedad de un modo general, se ve que despues de estas mejoras de mayor ó menor duracion, el estado de los órganos es mas grave que anteriormente, de modo que la afeccion ha hecho progresos positivos. Cuando las enfermas han tenido muchos hijos, la dislocacion puede partir desde el último parto ó de otro anterior. Sucede casi constantemente que los síntomas primero ligeros adquieren considerable incremento despues de cada parto, ó en otros términos, cada nuevo embarazo acelera la marcha de la enfermedad. Esta regla sufre algunas excepciones.

No puede darse razon de estas variaciones en el curso de la enfermedad, sino teniendo en cuenta la inflamacion crónica que acom-

paña generalmente á las dislocaciones, y que bajo la influencia de diversas causas puede acrecentarse, disminuir ó desaparecer casi por completo, de modo que se simulan curaciones mas ó menos completas. Peró á la menor fatiga todos los accidentes se reproducen con nueva intensidad, porque persiste la misma dislocacion.

La *duracion* de la enfermedad es ilimitada; solo un tratamiento eficaz puede ponerla fin, al menos durante todo el tiempo que el útero permanezca en estado de órgano activo. Puede suceder tambien que al llegar la vejez, se atrofie el útero, y haciéndose mas ligero llegue á ser indiferente su posicion; pero es necesario no contar siempre con esta terminacion aun en una edad avanzada, porque hemos visto mujeres de sesenta años presentando fenómenos evidentes de dislocacion, ya sea porque tumores situados en las paredes uterinas sostengan una tumefaccion considerable, ya que el hecho solo de la dislocacion determine la persistencia de una flegmasía crónica con infarto, que se prolonga á pesar de la cesacion de las reglas.

Se han citado casos en que las dislocaciones han determinado la muerte, sin que pudiera atribuirse esta *terminacion* á ninguna otra enfermedad; pero los casos de este género son excesivamente raros, y bajo este punto de vista el pronóstico es favorable. Excepto en circunstancias muy excepcionales puede decirse que la enfermedad abandonada á sí misma no tiene ninguna tendencia á la curacion. Las enfermas, en semejante caso, están sujetas á largos sufrimientos, un plan curativo eficaz puede aliviarlas.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En las autopsias se encuentran, segun Rokitansky y Virchow (1), con mas frecuencia las dislocaciones adelante que las posteriores.

Segun estos autores, á los que es menester unir Mayer (2), Sommer (3) y muchos otros, las flexiones se encuentran con mas frecuencia en el vivo y en el cadáver.

El reblandecimiento del útero en el punto de flexion se ha indicado por Kiwisch, Virchow, Sommer, Depaul, y nosotros hemos citado varios ejemplos (4).

Cuando solo hay una version sencilla, la pared mas declive está mas engurgitada y gruesa.

El cuello uterino se encuentra por lo comun voluminoso, y presenta erosiones, granulaciones que ocupan un variable espacio alrededor del orificio, y aun penetran en su interior. En las mujeres que

(1) Virchow, *Verhandlungen der Gesellschaft, für Geburtshalfe*, Berlin, 1851.
(2) Mayer, *Erfahrungen über das neue von* Kiwisch *erfundene Instrument*, etc., en *Verhandlungen der Gesellschaft*, en Berlin, 1851.
(3) Sommer, *Beiträge zur Lehre der Infractionen und Flexionen der Gebärmutter*. Giessen, 1850.
(4) Valleix, *Leçons cliniques*.

han tenido hijos, el orificio externo está entreabierto, principalmente en las flexiones. El orificio interno suele encontrarse estrechado, pero con menos frecuencia que lo han indicado Kiwisch y Virchow. Porque en casi todos los casos, en las mujeres que han tenido hijos, la coartacion del orificio interno no depende en general á la misma dislocacion. El orificio externo puede tambien sufrir una considerable coartacion, pero será determinada por cauterizaciones profundas y multiplicadas, que han formado un tejido inodular que ha estrechado el orificio. (Véanse los artículos AMENORREA é HIDRÓMETRA.)

En los casos complicados, se encuentran tumores fibrosos en el expesor de las paredes del órgano, á veces pólipos ó productos de naturaleza cancerosa.

En el exterior del órgano se observan á veces adherencias mas ó menos íntimas del útero con las partes inmediatas, resultados de peritonitis parciales (1).

Por último, los tejidos próximos pueden presentar indicios de inflamacion crónica, de induracion, tumores, relajaciones, etc.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

1.° *Tacto vaginal.*—No puede omitirse, pues, que proporciona indicaciones sumamente útiles. Se practicará estando la mujer de pié, porque en esta posicion se aprecia mejor el grado de dislocacion. Además los primeros síntomas se producen sobre todo cuando la enferma está de pié, y es importante conocer entonces cuál es la verdadera posicion del útero que cambia cuando la mujer se acuesta. El dedo índice, con el que se verifica el tacto, debe seguir el eje de la vagina para llegar al cuello, debiendo cuidar de avanzar con suavidad, evitando el rechazar con fuerza las partes, produciendo dolor.

Si no se puede llegar con el índice hasta el cuello, se penetra el dedo medio que tiene mas de un centímetro de longitud, con lo que se puede llegar á mayor profundidad.

Ciertos autores han aconsejado avanzar mas, apoyando el codo del brazo cuya mano explora, sobre la rodilla, fijando en el suelo el pié correspondiente. Pero en este caso (únicamente empleado estando de pié la mujer) debe procederse con suma lentitud y cuidado. Es necesario no preocuparse solo con la idea de alcanzar el cuello, sino de darse cuenta de lo que alcanza el dedo.

El tacto permite demostrar el estado del cuello del útero, su volúmen, consistencia, temperatura y conformacion exterior; la existencia de granulaciones y ulceraciones, y el estado regular ó no del orificio. En fin, no se sacará el dedo de la vagina sin imprimir movimientos al útero, á fin de averiguar si se mueve con facilidad, si

(1) Virchow, *loc. cit.*—Véase tambien: Bernutz y Goupil, *Clinique des maladies des femmes*, t. II. Paris, 1860.

los tejidos inmediatos están flojos, si hay ó no adherencias anormales con las partes inmediatas, y darse conocimiento de aumento de peso.

Es tambien muy importante procurar fijar con una mano el fondo del útero á través de la pared abdominal, mientras el dedo está introducido en la vagina, y eleva el cuello, para apreciar el volúmen y direccion del útero.

2.° *Tacto rectal.*—Este medio de exploracion no nos suministrará grandes datos en la anteversion y anteflexion, y en las retroversiones y retroflexiones, aunque es útil podemos evadirle sin gran inconveniente.

El dedo introducido en el recto cuando el útero ocupa su posicion normal, no siente nada diferente de lo que percibe el dedo en la vagina por detrás del cuello; solo que como puede subir mas, se llega con facilidad á mayor altura del órgano.

3.° *Exploracion por medio del espéculum.*—No debe descuidarse el empleo del espéculum como medio de diagnóstico en los casos de dislocaciones del útero, y se empleará de preferencia el espéculum cilíndrico ó el trivalvo ó cuatrivalvo, que, desarrollado, simula el cilíndrico ó univalvo.

El espéculum bivalvo no se emplea tan útilmente en estos casos en que importa sobre todo saber cómo se presenta el cuello en el campo del instrumento. Las dos ramas se separan, corriendo cada una un arco de círculo, cuyo centro está cerca de la vulva, en su circulacion, y el movimiento que resulta puede cambiar la direccion, segun se presenta.

El espéculum se introducirá lentamente, y en la direccion del eje de la vagina. Se evitará, mas aun que con el tacto, de caer de pronto sobre el cuello ó cogerle, y si el cuello no se encontrará en su posicion normal, se dirigirá en otro sentido el instrumento. La necesidad de esta maniobra dependerá siempre de una dislocacion.

Si en este caso, se coje el cuello del útero, será despues de hacer vascular el instrumento, con lo que no podremos apreciar positivamente su posicion.

Tan pronto como el instrumento ha pasado el orificio vaginal, se separa el conductor (si le tiene el espéculum); entonces, las paredes vaginales que se encuentran en confrontacion, van separándose, descubriéndose un espacio sonrosado cuyo centro es el eje de la vagina. Esta porcion sonrosada se va rechazando conforme avanza el instrumento, y si se tiene siempre cuidado de mantener contínuamente el centro en la abertura del espéculum, se dirigirá este por el eje vaginal. Procediendo de este modo, se llega al cuello, que en la direccion normal del útero, no se presenta directamente á la vista; pues que el eje del útero no continúa el de la vagina, sino que forma con él un ángulo obtuso abierto adelante. De lo que resulta que lo que se presenta del cuello es su parte anterior y el labio correspondiente, encontrándose el orificio externo mas atrás.

Tal es la presentacion normal del cuello del útero. Cuando no se le encuentra de este modo, es que hay una dislocacion. Si, por ejemplo, el orificio externo se presenta en el centro de la porcion aparente del cuello, es porque se encuentra dirigido adelante, constituyendo un caso de retróversion; si, por el contrario, se percibe una gran extension de la parte anterior del cuello, y el orificio externo dirigido atrás, es posible que exista una anteversion; pero no se puede saber si se trata de una version ó de una flexion. El espéculum da á conocer que existe una dislocacion; pero por sí solo no puede hacer determinar la expecie.

En las dislocaciones laterales, el orificio externo, que normalmente está situado en la línea media, se inclina al lado opuesto á la dislocacion, y se perciben con mas ó menos claridad, una parte lateral del cuello del útero.

Al examinar la situacion del cuello por medio del espéculum, no debe olvidarse el apreciar su coloracion, así como el estado de su abertura, y la existencia ó ausencia de diversas alteraciones que pueden tener en el movimiento. Como lo aconseja J. H. Bennet, se emplea el espéculum bivalvo para separar los labios del cuello y examinar su cavidad á cierta profundidad; esto no puede hacerse sino en los casos en que el cuello está ensanchado y suficientemente entreabierto, ya sea por la inflamacion ó por el número de partos anteriores.

4.° *Cateterismo uterino.*—Si por el tacto y el espéculum podemos reunir indicaciones útiles para el diagnóstico, por medio de la sonda llegaremos siempre á un diagnóstico preciso. Simpson emplea un vástago metálico muy encorvado, con divisiones marcadas por elevaciones y depresiones alteradas que puede percibir el dedo.

Huguier emplea una sonda mucho menos encorvada, dividida en centímetros en su concavidad, y un tope que se hace correr por medio de un vástago que atraviesa el mango, este tope está destinado para marcar el punto hasta donde penetra en el útero (fig. 32). Huguier ha dado á esta sonda el nombre de *histerómetro* (1). La que nosotros empleamos es muy semejante, pero hemos suprimido el tope, bastando el dedo para marcar la profundidad á que penetra el instrumento (2).

Charrière ha hecho mas portátil el instrumento y por lo tanto mas cómodo, dividiéndole en dos partes, que penetran una en otra (3). Un muelle fijo en la concavidad sirve para mantener ambas porciones sólidamente unidas, y al mismo tiempo indica el lado en que se encuentra la concavidad sin necesidad de buscarla con el dedo. Si la sonda se construye de material flexible, se puede aumen-

(1) Huguier, *De l'hystérométrie.* Paris, 1866.
(2) Véase fig. 45, artículo HEMATOCELE PERI-UTERINO.
(3) Una sonda igualmente muy portátil es aquella en que el vástago penetra en el mango.

tar ó disminuir á voluntad la corvadura. Esto será muy conveniente en los casos de retroflexion, y por ocuparse casi exclusivamente de esta especie de dislocacion fué por lo que Simpson hizo tan encorvada su sonda. Una sonda muy recta penetra mejor, porque á medida que avanza se acomoda el útero á la direccion que le imprime el instrumento, reduciéndose por decirlo así. Cuando se encuentra muy unido á las partes inmediatas ó muy poco flexible parece dejarse enderezar por la sonda, el instrumento se detendrá al nivel de la dislocacion y solo podrá avanzarse con una sonda muy encorvada; sin embargo, nunca será tan encorvado el instrumento como se encuentra el eje del útero dislocado.



Fig. 32.—Sonda uterina de Huguier.

Cuando se hace uso del espéculum para introducir la sonda, debe retirarse aquel tan pronto como el histerómetro penetra en el cuello del útero, porque sino se dificultarian los movimientos que es necesario imprimir al instrumento explorador. Se hace deslizar la extremidad sobre el indicador de la mano izquierda, préviamente introducido en la vagina y cuya pulpa debe fijarse debajo de la abertura del cuello. En este punto, independientemente de la dificultad que puede experimentarse cuando no hay mucha práctica en reconocer la abertura del cuello en las mujeres que aun no han tenido hijos, puede suceder que el orificio sea extremadamente pequeño y tan estrecho que no haya medio de hacer penetrar la sonda. En un caso de esta expecie, tuvimos necesidad de hacer construir un enderezador de vástago muy fino, pues ninguno de los comunes pudo penetrar. En algunas ocasiones es necesario aplicar el espéculum, y hacer algunas escarificaciones con el bisturí alrededor del orificio cervical, con lo cual penetra fácilmente la sonda. En cuanto al orificio interno, hay ocasiones en que no puede franquearse á pesar de tentativas mas ó menos repetidas.

Una vez llegado á la cavidad del cuello, se dirigirá la sonda segun el eje del estrecho superior y de la vagina, suponiendo que el útero está en su posicion normal, y si se encuentra alguna resistencia debida á los pliegues de la mucosa, no se intentará vencer con fuerza el obstáculo, y sí imprimirá á la extremidad del instrumento ligeros movimientos que permitan separar los obstáculos y llegar al orificio interno. Este suele presentar bastante resistencia como hemos ya dicho. En seguida se produce una sensacion mas ó menos intensa, segun las sugetos. Si la sonda es fina y el orificio interno suficientemente ancho, el instrumento pasa de la cavidad del cuello á la

del cuerpo sin percibir la sensacion de resistencia determinada en el momento en que se verifica el paso; pero siempre nos lo dará á conocer la sensibilidad del órgano, pues el cuello es siempre casi insensible, y el orificio, presentando gran sensibilidad, determina, aun en los menos susceptibles, una sensacion desagradable que el profesor aprecia fijando un poco la atencion. En otras hay dolores muy intensos, con pequeños cólicos, semejantes á los que producen las contracciones uterinas. Una vez en la cavidad del cuerpo, la sensibilidad cesa; pero reaparece en el momento en que toca la sonda el fondo del útero, dando lugar á un dolor expecial que, segun la expresion de las mujeres, les *llega al corazon*. Es fácil asegurarse que las paredes de la cavidad uterina son sensibles, tocándolas con la extremidad de la sonda, y si despues de haber pasado el orificio externo se suspende la sensacion, es porque la sonda se desliza con suavidad entre las paredes. Cuando penetra la sonda en la cavidad uterina, se siente mas libre y puede moverse mejor.

Si se percibe una resistencia mayor por las paredes del útero antes de llegar al fondo, es que existe una dislocacion, y entonces, en lugar de insistir para penetrar siguiendo la direccion normal, se inclinará la extremidad de la sonda en el sentido en que el tacto haga suponer la dislocacion.

Dirigida la sonda en el sentido de la direccion del conducto que debe penetrar, se endereza el útero á medida que penetra, de modo que la retroflexion, por ejemplo, se trasforma en rétroversion, cuando la sonda llega al fondo.

Una vez introducida la sonda, y enderezado el órgano, se la imprimirá con suavidad un movimiento opuesto al ejecutado para penetrar. Para juzgar aproximadamente cuándo ha llegado la sonda al fondo del útero, hemos hecho practicar á 6 $^1/_4$ centímetros de la extremidad de la sonda (longitud que representa la profundidad media de este órgano en estado normal) una escotadura que pueda sentirse con el dedo sin retirar el instrumento. Mientras que la sonda no ha penetrado hasta este punto, y se presenta un obstáculo, hay lugar á creer que no es el fondo del útero, y debe procurarse sobrepasarle; mientras que cuando pasa de esta marca no es prudente ir mas allá.

Al retirar la sonda, es menester marcar con el dedo índice de la mano izquierda el punto correspondiente al orificio externo, porque es importante conocer con exactitud la profundidad del útero, pues si se quiere aplicar un enderezador intra-uterino, debe darse al vástago una longitud notablemente menor.

La longitud del cuello puede reconocerse teniendo presente la sensacion expecial experimentada por las enfermas y la resistencia que existe en el orificio interno. Basta retirar el instrumento cuando ha llegado á este punto.

Es mas conveniente reiterar estas tentativas dos ó tres veces, que

intentar forzar el paso; porque podrian determinarse accidentes ó por lo menos dolores muy intensos, suficientes para que las enfermas rechacen desde el principio un tratamiento que debe ser muy largo.

Es útil *combinar el tacto con el cateterismo* del útero. Introducido el dedo en la vagina para guiar el instrumento, explora el cuello, aprecia el expesor de sus paredes mientras que la sonda le mantiene fijo, reconocerá ciertas sinuosidades existentes en la direccion del cuello, apreciará si hay tumores en las inmediaciones, y si estas partes están flojas ó resistentes cuando se hace mover el útero.

Los movimientos impresos al órgano por medio de la sonda permiten tambien apreciar la rigidez ó flexibilidad de los tejidos inmediatos, y las adherencias que pueden haber contraido. Cuando se quiera conducir la matriz á su posicion normal, se obrará con lentitud y sin esfuerzo, porque queriendo dislocarla con violencia, se producirian ó roturas ó tracciones que determinarian inflamaciones graves.

Al retirar la sonda, conviene sostener un poco el cuello con el dedo, á fin de mantenerle el mas tiempo posible en la direccion que se le ha dado.

En cuanto al *diagnóstico diferencial*, tendrá lugar al ocuparnos de cada dislocacion en particular, así como la exposicion de los cuadros sinópticos. Solo expondremos algunas consideraciones generales.

El *descenso del útero* se ha confundido principalmente con las dislocaciones uterinas; hay sin embargo, una gran diferencia entre el simple descenso y una dislocacion.

En casi todos los casos, y principalmente en la retroversion, el útero está infartado y descendido. Pero la experiencia demuestra que, si no hay dislocacion, los ligamentos no están tensos dolorosamente, hasta que el hocico de tenca no aparece en la vulva.

La compresion ejercida por el útero sobre los órganos inmediatos, despues de haberse dislocado, no son solo accidentes consecutivos, que cesan cuando se devuelve al órgano su normal direccion, aunque el descenso sea el mismo.

Los *diversos tumores* que pueden tomarse por dislocaciones se indicarán al tratar de cada una de estas en particular.

Las inversiones del útero determinan gran número de fenómenos diversos, y no extraña que se haya crecido en la existencia de varias afecciones diferentes, sin reconocer el orígen que hubiera podido demostrar una conveniente exploracion.

Así se han tratado muchas enfermas sometidas á nuestra observacion, por *histerismo*, *gastralgias*, *dispepsias*, *nevralgias diversas*, *enfermedades del hígado*, *de los riñones*, por *tísis pulmonar* y aun por una *afeccion orgánica del corazon*. Este último error se cometió en un caso de anemia, sobrevenido en el curso de una enfermedad, dando lugar á ruido de fuelle, palpitaciones y dolores en el lado izquierdo del pecho.

Trasformacion de las dislocaciones una en otra.—A veces puede una anteversion, ya pasajera, ya permanente, *trasformarse en retroversion* y *recíprocamente* (Demarquay, Hervez de Chégoin, Amussat). En semejante caso, las mismas enfermas tienen conciencia y refieren estas diferencias de dislocacion. No debemos obstinarnos en tomar como error de diagnóstico, el encontrar una dislocacion diferente á la reconocida por otro profesor anteriormente; debemos interrogar minuciosamente á las enfermas para averiguar si han observado en otras épocas síntomas que no experimentan en el momento de nuestra observacion.

Pronóstico.—Hemos podido observar la curacion completa de estas dolencias por medio de un método nuevo metódicamente empleado.

La antigüedad de la enfermedad no presenta ningun obstáculo absoluto para la curacion. Se ha obtenido lo mismo en casos en que la enfermedad contaba nueve años como pocos meses de antigüedad. Estos hechos son contrarios al modo de ver de Davis (citado por Beattie) (1). Segun los casos antiguos y crónicos, presentan mas gravedad, y solo pueden curarse mediante un embarazo. Todas las dislocaciones, aun las mas antiguas, se curan bien sin necesidad de una nueva gestacion, lo que no deja de tener importancia, pues que las dislocaciones son un obstáculo á la concepcion.

§ VII—.Tratamiento.

En los medios curativos de las dislocaciones uterinas, se han seguido diversos procedimientos. Los *tapones* y *pesarios* colocados, sea en el recto, sea en la vagina; las *adherencias provocadas entre el cuello y la pared vaginal* de que se separa el cuello; el *enderezamiento del útero* intentado ó conseguido por medio de instrumentos ó aparatos diversos, entre los que deben citarse el de Bond (2), la *sonda uterina* (fig. 33) empleada por Kiwisch (3) Mayer, y algunos otros; la *espátula*, cuya introduccion en el recto se ha aconsejado por Évrat y Richter. Entre los enderezadores, propiamente dichos, mencionaremos la *sonda de ramas divergentes y elásticas* de Kiwisch (4) (fig. 34) y el *enderezador de Simpson* (fig. 35), cuyo difí-

(1) *Cases of retrofl.*, in *the Dublin quarterly Journ.*, Agosto y Noviembre, 1847.

(2) Bond, *loc. cit.*

(3) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*. Prag, 1854.

(4) Nos limitaremos á expresar las objeciones que Sickel (*Jahrbücher der gesammten Medicin*, 1851) ha hecho al empleo del instrumento del Kiwisch, cuyo dibujo explica suficientemente.

«1.° Cuando la cavidad del cuello es estrecha, la introduccion del instrumento es mas difícil y dolorosa que la de la sonda, porque los hilos de seda colocados en la parte convexa del instrumento pasan directamente por los anillos, que siendo muy estrechos y plegándose durante la introduccion, determinan dolores.

»2.° Sucede con frecuencia que al retirar el instrumento, los hilos aglutinados

cil empleo nos ha conducido despues de muchas y necesarias modificaciones á emplear el enderezador articulado (fig. 36).

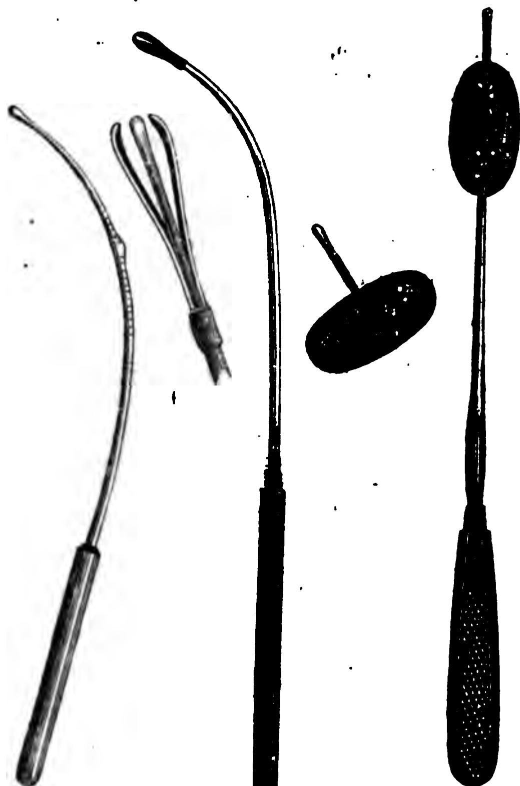


Fig. 33.—Sonda uterina de Kiwisch. Fig. 34.—Enderezador de ramas divergentes de Kiwisch. Fig. 35.—Enderezador uterino de Simpson.

por el moco se rompen cuando se abre el enderezador; y así no puede confiarse ni á la enferma ni á personas extrañas el cuidado de esta operacion.

»3.° La introduccion del instrumento suele dar lugar á una hemorragia (bien sean unas gotas solamente, ó una gran cantidad).

»4.° Por último, la irritacion diaria que experimenta la mucosa, determina flujo moco-purulento que hace necesaria la intervencion del arte.

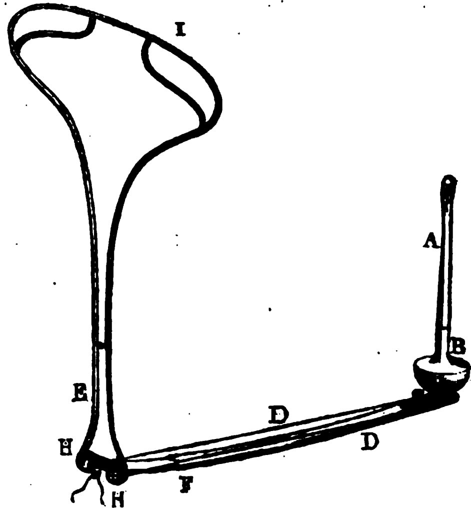


Fig. 36.—Enderezador uterino de Valleix.—A, vástago destinado á penetrar en la cavidad uterina, colocado sobre un disco de metal; B, de 2 centímetros de diámetro. Está sostenido por una articulacion de resorte con otro vástago metálico, que debe quedar en la vagina, y recibe el nombre de vástago vaginal D. El resorte C, situado en la articulacion del disco con el vástago vaginal, sirve para mantener ambas partes en flexion una sobre otra en un ángulo recto. El vástago vaginal es hueco para alojar una pieza compuesta de un vástago macizo, y un aparato destinado á fijarse en el abdómen. Las dos partes distintas de que se compone el aparato, van unidas con un hilo pasado por agujero F, praticado en el vástago vaginal, cerca de la articulacion; este hilo DD se anuda sobre la pieza E, por medio de dos tiras de lienzo situadas en la parte superior y formando cintura. Estos lienzos pueden servir de tirantes, uniéndose á la parte inferior cerca del punto en que debe atar el hilo que une las dos porciones del instrumento.

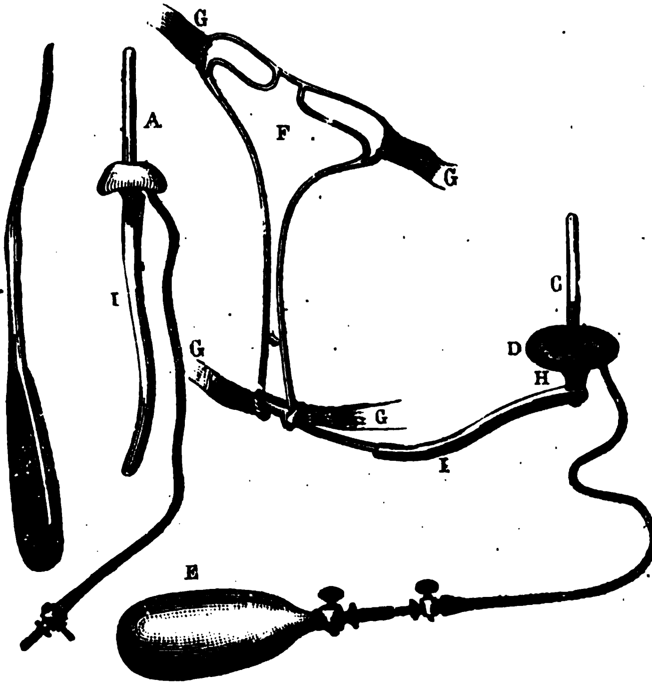


Fig. 37.—Ultimo modelo del enderezador uterino de Valleix.—A, vástago destinado á penetrar en la cavidad uterina; está montado en un disco metálico de 2 centímetros de diámetro; terminado por debajo en dos salientes circulares, entre las que debe colocarse un disco hueco de caoutchouc D. Esta primera parte del aparato está unida por una articulacion de resorte con otro vástago metálico I, que debe quedar en la vagina, y recibe el nombre de vástago vaginal. El resorte H, situado en la articulacion del disco con el vástago va-

ginal está dispuesto de modo que sirva para mantener ambas partes en ángulo recto uno sobre otro. El vástago vaginal está hueco para dejar que se una en ángulo recto sin articulacion, con un aparato destinado á fijarse sobre el abdómen. Las dos partes distintas de que se compone el aparato se mantienen unidas solo por el frote cónico del vástago lleno. El aparato F, está fijo en su parte superior, á lo ancho del abdómen, por dos tiras de lienzo GG, y á la parte inferior, por dos tirantes GG.—E, pesa de inyeccion para la insuflacion del disco D.—B, mango destinado para penetrar en el vástago hueco H, al hacer la introduccion del instrumento.

El uso de los *tapones y pesarios introducidos en el recto* se emplea en las dislocaciones hácia atrás. (Ætius, Vermandois, Desault, Huguier (1), Dufraigne (2) y algunos otros.) Favrot ha aconsejado con igual objeto la introduccion *de una vejiga vacía de caoutchouc volcanizado que se llena despues de aire* (figuras 38 y39).



Fig. 38.—Reductor de aire antes de la reduccion. — *a*, útero; *b*, vagina; *c*, vejiga; *d*, reductor vacío; *e*, insuflador lleno de aire; *f* sinfisis del púbis. (Favrot.)

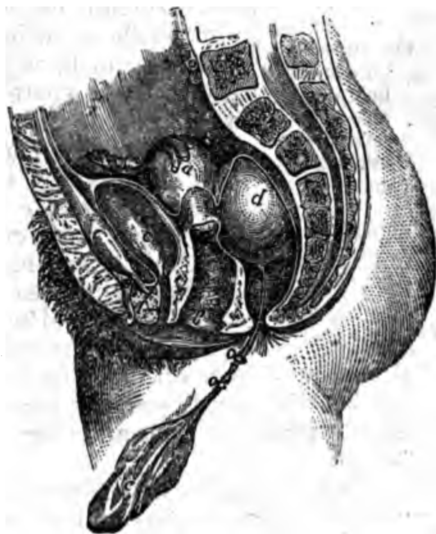


Fig. 39.—Reductor de aire, despues del enderezamiento.—*a*, útero; *b*, vagina; *c*, vejiga; *d*, enderezador lleno; *e*, insuflador vacío; *f*, sínfisis pubiana. (Favrot.)

El empleo de los *diversos pesarios introducidos en la vagina*, se ha aconsejado y puesto en práctica por Drejet y Sander, por Hervez de Chégoin (3) y Beattie (4). Mientras que Hervez (fig. 40) em-

(1) Huguier, *De l'hystérométrie*. Paris, 1865.
(2) Dufraigne, tésis mencionada.
(3) Hervez de Chégoin, *De quelques déplacements de la matrice et des pesaires les plus convenables pour y remédier* (Mem. de l'Acad. de Med., Paris, 1833, t. II, página 319.
(4) Beattie, *Dublin Journal*, 1847.

plea pesarios que abrazan el cuello al par que una parte saliente (dirigida ya adelante, ya atrás) tiende á dirigir el cuerpo en una direccion normal. Beattie, por el contrario, obra exclusivamente sobre el cuello por medio de pesarios macizos colocados en el fondo de la vagina, entre el útero y el recto para las desviaciones adelante y entre el útero y la vagina en las posteriores.



Fig. 40.—Pesario en cilindro cortado en visel de Hervez de Chégoin.

Estos medios producen buenos efectos cuando pueden soportarse mucho tiempo; pero sabido es con qué frecuencia rechazan las mujeres la permanencia de estos cuerpos extraños (1).

Mayer (de Berlin) ha ideado un instrumento que consiste en un vástago de ballena en forma de espátula y provisto de una esponja en una de sus extremidades; este se introduce en el fondo de la vagina por delante ó por detrás, segun la expecie de dislocacion, el resto de la ballena se fija sobre el abdómen por medio de una cintura de tela de hilo.

El método de tratamiento que tiene por objeto provocar *adherencias entre el cuello y la pared de la vagina hácia la que se inclina el útero*, se estableció por Amussat (2), que cauterizaba con la *pasta de Viena solidificada* la mucosa del cuello y de la vagina, aproximando estas partes entre sí. Para que este procedimiento sea útil es menester: 1.° que solo exista una simple version; 2.° que el tejido uterino esté lo suficientemente apretado para que los movimientos impresos al cuello se trasmitan al cuerpo; 3.° por último, que la vagina no esté demasiado floja para que las tracciones ejercidas por el útero que tiende volver á su posicion viciada, no hagan ceder á la pared sobre que se adhiere el cuello.

En la operacion de *enderezamiento del útero por la sonda*, debe siempre empezarse por aplicaciones repetidas del instrumento, introduciéndole segun las reglas trazadas para cada desviacion. En vez de retirarle se mantiene el dedo sobre el vástago, como se hace cuando se quiere reconocer la profundidad de la cavidad uterina, permaneciendo el dedo en la vagina, servirá para rechazar el cuello en sentido opuesto al que tenia el útero antes del cateterismo. Este movimiento tiene por objeto el obligar al útero el permanecer el mas tiempo posible en la situacion en que se le ha colocado, y aun exagerar el enderezamiento obtenido con la sonda. Con el mismo objeto se debe tambien, mientras que el instrumento permanece en la cavidad uterina, volver la concavidad del lado opuesto al de la dislocacion. A pesar de los escelentes efectos producidos por la sonda, aun

(1) Pinchaud, tésis mencionada.
(2) Amussat. *Bulletin gén. de thérap.*

en los casos en que no llegan á lograr una curacion completa, pues que en estos prepara el órgano para recibir el enderezador, ha habido autores que critican su empleo (1).

Relativamente al *tiempo durante el que debe permanecer el enderezador en la cavidad uterina* y á la *época en que conviene retirarle*, recordaremos que la susceptibilidad del útero es mayor en la inmediacion de las épocas menstruales que en los períodos intermedios. Así las mujeres que por una ú otra causa no tienen menstruacion soportan el instrumento durante un tiempo mas largo que los demás: cuarenta y ocho y cuarenta y nueve dias, por ejemplo, mientras que el término comun es de ocho ó diez dias, y á veces solo veinticuatro á treinta y seis horas.

Por lo comun *despues del enderezamiento* queda cierto descenso del útero ó un repliegue saliente en el punto en que existia la flexion; sin embargo, lo esencial para que la curacion sea completa, es que el eje del órgano no se encuentre ni en parte, ni en la totalidad desviado del eje del estrecho superior de la pelvis. A veces, sin embargo, puede considerarse como completa su curacion sin que ambos ejes se correspondan exactamente.

En muchas enfermas quedan despues de la reduccion ciertas alteraciones funcionales y algunos *dolores nevrálgicos*, debidos á la ausencia consecutiva á las menorragias provocadas por el tratamiento. Un sencillo tratamiento ferruginoso suele vencerlos, ó si resisten los vejigatorios volantes con ó sin morfina, triunfan de la enfermedad (2).

Cuando se ha asegurado bien la curacion, se regularizan las menstruaciones, se hacen menos abundantes en los que presentaban menorragias y reaparecen en las que ofrecian una supresion mas ó menos completa. En una palabra, las funciones del útero vuelven á su estado normal.

Es digno de notarse que la leucorrea constante en los que padecen una dislocacion, desaparece en casi todas las que se han curado, y permanece en los que solo se mejoran, y mas aun en las que no se curan.

Efectos del tratamiento sobre las granulaciones y exulceraciones del cuello.—En cierto número de casos son considerables las ulceraciones del cuello; sin embargo, no debe preocuparse por ella el profesor, pues desaparecen cuando el útero se reduce. Otras veces persisten y la leucorrea continúa, en cuyo caso se debe recurrir á los medios ordinarios (inyecciones, cauterizaciones), y los restos de la lesion desaparecen por completo. Tambien es posible que desaparezcan mas tarde expontáneamente, pero si las enfermas desean curarse solo hemos esperado ocho ó diez dias para combatirlas.

(1) Ashwell, *Practic. treat. of the Diseases peculiar to Women*. Lóndres, 1848.
(2) Se puede emplear tambien la cauterizacion trascurrente (Nonat).

Esta fácil curacion de lesiones que por lo comun exigen un tiempo bastante largo para destruirse, es tanto mas notable cuanto que en muchos casos se habian tratado durante meses enteros, desesperando su persistencia á los médicos, así como la facilidad con que se reproducen.

Accidentes que pueden producir el tratamiento.—La experiencia prueba que el enderezador intra-uterino, bien colocado y vigilado, no presenta en la mayoría de los casos ningun inconveniente.

Sin embargo, en algunos casos determina este tratamiento síntomas que exigen la intervencion del arte. Se encuentra en primer lugar la *metritis*. La inflamacion del útero es casi siempre ligera; una sencilla aplicacion de sanguijuelas y la quietud bastan para disiparla. En algunos casos en que es menester un tratamiento mas activo se unirá á los medios anteriores la morfina por el método endérmico. Solo una vez hemos visto comunicarse al peritoneo la afeccion uterina como suele suceder en las metritis expontáneas y determinar una peritonitis parcial muy limitada, y que cede á los medios apropiados. La curacion no fué por eso menos segura, datando ya de dos años (1853). En seguida viene la *inflamacion del tejido celular peri-uterino*, que no suele presentarse durante la permanencia del instrumento, pero que la primera erupcion de las reglas suele ser el punto de partida de su manifestacion. Se termina en la mayoría de los casos por resolucion, pero puede producir abertura el foco purulento en la vagina, como en los casos de flemon peri-uterino, producido por otras diversas circunstancias, y que son mucho mas frecuentes que lo que generalmente se cree.

Se observan tambien *menorragias*, rara vez *metrorragias*. Estas pérdidas sanguíneas no tienen importancia; se detienen expontáneamente ó son fáciles de cohibir. No alteran el éxito del plan curativo y aun muchos profesores creen que son útiles, pero nosotros no participamos de su opinion.

Quedan, por último, ataques *histéricos* y algunos *accesos febriles* pasajeros, que pueden contrariar el plan curativo retrasándole, pero que no tienen importancia positiva. Los ataques *histéricos* por sí solos cuando son muy violentos tienen un grande inconveniente, porque hay el temor de que las enfermas se hieran con el instrumento; así es menester recomendar su extraccion en estos casos.

Medios auxiliares.—En ciertas enfermas, en que es intensa la gastralgia, los *ensayos*, algunos *laxantes*, los *narcóticos* á dósis pequeñas, sobre todo en el momento de comer, producen buenos resultados; en la mayoría hemos empleado lociones de agua fria en todo el cuerpo. Fleury dirige estas lociones en el contorno de la pélvis y la region lumbar. Este medio es muy útil para calmar los dolores, para disminuir los infartos, y mejora notablemente el estado de las enfermas en muchos casos, pero hasta ahora no le hemos visto producir una curacion radical.

2.° ANTEVERSION.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La anteversion propiamente dicha (*pronatio uteri*) es una dislocacion en la que el cuerpo del útero se dirige adelante sobre el púbis, sin que exista ninguna flexion en el órgano, de modo que el cuello se encuentra dirigido mas ó menos fuertemente atrás y arriba (fig. 41). Todo induce á creer que es la mas frecuente de las dislocaciones, porque en la primera série de casos reunidos la hemos encontrado 21 vez de 68, y en la segunda série 24 de 49. Es probable que los autores que afirman lo contrario hayan dejado pasar desapercibidas las anteversiones medianamente pronunciadas, mientras que las demás desviaciones han llamado la atencion por su carácter mas culminante.



Fig. 41.—Anteversion del útero.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—En dos séries de casos hemos encontrado que la invasion de la afeccion habia tenido lugar de los diez y nueve á los treinta años, por término medio alrededor de los veinte y seis. Los casos de anteversion *congénita* son mucho mas raros que los de anteflexion, sin embargo Huguier cita uno, y nosotros hemos observado otro en el cadáver de una jóven que falleció á consecuencia de fiebre tifoidea (1).

La *constitucion* es unas veces robusta y otras mediana ó débil, cuando la enfermedad dura mucho tiempo la constitucion se debilita. En cuanto al *temperamento*, era linfático en la tercera parte de las enfermas próximamente, linfático nervioso en el segundo tercio, y sanguíneo ó bilioso en el tercero.

(1) Conviene tener presentes las anteflexiones indicadas por Boulard.

Leucorrea.—Se acusa á la leucorrea de producir la anteversion, pero los datos recogidos para apoyar esta opinion son insuficientes. En una escasa minoría de casos la leucorrea ha precedido á la anteversion; si sobreviene despues, es mas bien como síntoma de la enfermedad.

La *menstruacion* está por lo general bien establecida, y si en algunos casos se observa dismenorrea en la época de la primera aparicion de las reglas, no es con mas frecuencia que en las demás mujeres. Las demás alteraciones de la menstruacion sigue casi siempre á la aparicion de la enfermedad constituyendo un síntoma.

2.° *Causas ocasionales.*—*Parto.*—De 45 casos que hemos reunido, siguieron al parto de un modo tan evidente los síntomas de la enfermedad que se reconocian aquel como causa. El número de hijos, la dificultad en los partos, su larga duracion no parece presentar una influencia marcada en la produccion de la enfermedad en la mayoría de los casos. La *prematura salida de la cama*, las *fatigas* despues del parto, pueden producir la dislocacion, pero solo se verifica en muy pocos casos.

Las observaciones precedentes se aplican al *aborto*, que produce la anteversion mas rara vez que el parto de tiempo.

En un pequeño número de casos, la dislocacion sucede inmediatamente á los *violentos esfuerzos*, y á las *caidas*, *golpes*, etc.

Hemos visto en algunos casos una simple *inflamacion* del útero producir la anteversion, demostrándose bien la influencia de la causa por la curacion de la metritis que restituyó al órgano su posicion normal.

Kiwisch (1), Rokitansky, Virchow, etc., han hecho ver *adherencias* reteniendo el útero en su posicion anormal, pero no las podemos considerar en los mas de los casos como causa de la dislocacion, sino que una vez producida la anteversion, la inflamacion del peritoneo determina las adherencias que impiden al útero reducirse. La matriz puede, en la mayoría de los casos, enderezarse en el vivo sin ninguna traccion penosa ni resistencia, de lo que resulta que las adherencias son en realidad mucho menores que lo que creen los autores que solo han hecho investigaciones cadavéricas. (Mayer.)

Sin embargo, despues del parto, en la época en que el útero aun voluminoso tiene la tendencia de dirigirse adelante ó la derecha, puede declararse una pelviperitonitis y sujetar el órgano en sus relaciones anormales. Esta influencia que ejerce la inflamacion peritoneal sobre la posicion del útero despues del parto se desprende claramente de la observacion debida á Natalis Guillot (fig. 42), y publicada por P. Picard (2).

(1) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten, des weiblichen Geschlechtes.* Prag, 1851.

(2) Pablo Picard, *Des inflexiones de l'utérus à l'état de vacuité.* Itésis de Doctorado. Paris, 1862.

En cuanto á las demás causas, como el *infarto de la pared anterior del útero*, el *aumento de volúmen de los órganos abdominales*, el *cáncer*, es dudosa su influencia. En un solo caso citado por Mme. Lachapelle, se ha demostrado la *adherencia del cuello á la pocion posterior de la vagina*.

Hay casos en los que *no se descubre ninguna causa evidente*, y es probable que en los casos en que esto sucede, sea congénita la dislocacion.



Fig. 42.—Anteversion producida por falsas membranas, uniendo la cara anterior del útero á la posterior de la vejiga.—Hipertrofia del útero consecutiva al parto.—A, vejiga; B, falsas membranas que unen el útero á la vejiga; C, útero hipertrofiado. D, sínfisis del púbis; E, recto. (Pablo Picard.)

§ III.—Síntomas.

Invasion.—El principio de la enfermedad solo es brusco ó rápido en el caso de grandes esfuerzos, sacudidas, caidas, etc. En semejante caso, los síntomas rápidamente ascienden al mayor grado de intensidad, y en ocasiones experimentan las enfermas en el momento en que obra la causa, un dolor y sensacion particulares, una expecie de chasquido ó traccion que ha sido el fenómeno inicial del padecimiento.

En otros casos los síntomas se manifiestan con lentitud. Primeramente los dolores en las íngles, las caderas y los muslos; despues la fatiga, durante la progresion que bien pronto se hace penosa, por último, la frecuente necesidad de orinar, la leucorrea, las alteraciones de las funciones digestivas, etc. La enfermedad se encuentra en estos casos confirmada.

Enfermedad confirmada.—En un solo caso habia ausencia del *dolor*; pero experimentaba la enferma al orinar una sensacion desagradable que lo comprendia en la regla general.

Casi siempre el *dolor expontáneo* se localiza en ambas íngles, otras en una ó en el hipogástrio, en general mas intenso en el lado á que se inclina el útero; se irradia por lo comun á los muslos, y en

[illegible] del miembro inferior iz- [illegible] se propaga con mas rareza á [illegible] algunas veces tambien [illegible]

[illegible] sobre todo en la pared [illegible] del útero.

[illegible] una sensacion de [illegible] de la hipertrofia del [illegible]

[illegible] lo que se explica [illegible] de la veji- [illegible] en que no existe este [illegible] llevar facilmente como [illegible] Este [illegible] insólito, en [illegible] He aquí lo que [illegible] la matriz. [illegible] despues de una [illegible] entonces [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

mas cerca del orificio vaginal, vuelve á chocar sobre el dedo. Nunca puede alcanzarse la cara posterior del cuerpo.

El *tacto rectal* no es indispensable. No da otro efecto que reconocer la posicion del cuello, cuya situacion ha demostrado el tacto vaginal, y si se le emplea es únicamente para investigar si hay alguna complicacion.

Cateterismo uterino.—Este medio es indispensable para conocer la profundidad del órgano, su sensibilidad y la facilidad con que pueda enderezarse.

Diríjase profundamente atrás el dedo índice de la mano izquierda, hasta alcanzar el orificio externo, inclínese el útero adelante, hágase penetrar el cateter en el cuello, despues suavemente y sin fuerza desciéndase el mango hácia el periné, dirigiendo lentamente la extremidad de la sonda de abajo arriba y adelante. Si el dedo no ha podido llegar hasta el orificio del cuello, lo que sucede con frecuencia en las mujeres cargadas de gordura y en las de pélvis muy ancha, se emplea la extremidad de la sonda como un gancho romo para mover el cuello.

Este cateterismo es por lo comun muy fácil. Lo único que puede oponerse es la ocluxion ó estrechez del orificio interno; en semejante caso, es menester no proceder con energía, se escogerá la sonda uterina mas delgada y despues el orificio dilatado permitirá el paso de la comun. La misma observacion se aplica á las coartaciones accidentales.

Si el útero no tiene adherencias, se le coloca con prontitud y facilidad en su posicion normal, pero recobra en seguida la patológica. Para asegurarse, pues, que todos los tejidos están flexibles en su contorno, es necesario explorar su movilidad despues de retirada la sonda.

Esta exploracion es por lo comun poco dolorosa.

Si examinamos los demás síntomas presentados por las enfermas, encontraremos que casi constantemente la *progresion* se encuentra mas ó menos dificultada. Los casos raros en que sucede lo contrario, cuando las enfermas se presentan á la observacion, pueden considerarse como excepciones.

Las enfermas experimentan á veces *dolores fuera de la pélvis*, como *neuralgias intercostales*, *lumbo-abdominales*, dolores de *reuma muscular*, etc.

Las fuerzas están abatidas por lo general, fatigándose las enfermas con facilidad. Por lo comun están *pálidas*, algo *demacradas*. El *apetito* disminuye ó es caprichosó, las digestiones son lentas, difíciles, acompañadas con frecuencia de tumefaccion epigástrica y y de dolores mas ó menos intensos (gastralgia).

Hemos observado con frecuencia el *histericismo* demostrado por opresion externo-laríngea y deseos de llorar. Tres veces tan solo en 45 casos, habia verdaderos ataques de *histerismo convulsivo*.

Consecuencias de la dislocacion.—Rara vez el *aborto* sobreviene en las afectadas de anteversion. Lo hemos observado cuatro veces de 45 casos, número que no es mucho mayor que lo observado en las circunstancias normales.

Dificultad en el parto.—Resulta de las investigaciones de Dezanneau (1) que si existe la anteversion en las mujeres que han tenido hijos y cuyas paredes abdominales están flácidas, la matriz podrá no enderezarse y continuar en su evolucion con el fondo sobre el púbis, y el cuello atrás y arriba, y en el momento del parto las contracciones dirigirán al feto contra el sacro. Hemos observado un caso en que todo parecia que se verificaria de este modo, pero lo evitamos por medio de la aplicacion de una cintura hipogástrica.

Esterilidad.—La esterilidad es una consecuencia casi necesaria de esta dislocacion en su mayor grado: de 32 mujeres jóvenes aun, que despues de haber tenido un hijo deseaban tener otro por haber perdido el primero, 23 quedaron estériles. En un caso, despues de una interrupcion de seis años, una señora que habia tenido cinco niñas, y deseaba un hijo, se hizo embarazada poco tiempo despues de reducido el útero. Velpeau ha visto mujeres anteriormente estériles hacerse embarazadas en iguales condiciones.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

En casi todos los casos el *curso* de la enfermedad es progresivo y continuo, con intervalos de alivio producidos por diversas modificaciones. En casos raros, solo cuando hay una inflamacion aguda ó la dislocacion es reciente, un tratamiento apropiado produce la curacion de esta.

La *duracion* es indeterminada, varía de algunos meses á veinte años ó mas.

La *terminacion* por curacion expontánea no se ha presentado nunca á nuestra observacion. Hemos visto siempre, por el contrario, que la enfermedad tiende á agravarse cuando se abandona á sí misma.

§ V. Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas no presentan nada perteneciente á la anteversion exclusivamente.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la anteversion es siempre fácil cuando se emplean los medios indicados. Sin embargo, en un caso citado por Levret, los síntomas suministrados por las vias urinarias hicieron creer

(1) Dezanneau, *De l'obliquité antérieure de la matrice.* Paris, 1835.

en la existencia de un *cálculo*, y se practicó la operacion de la talla. Para evitar el error, Ameline (1) propone sondar la vejiga y explorar á la par la vagina con el dedo. Malgaigne aconseja combinar el tacto rectal con el cateterismo vexical El dedo penetrado en el recto se encuentra separado de la vejiga solo por el espesor de la matriz, si se encuentra en posicion normal, mientras que si está en anteversion, se coloca separando ambos órganos por toda su longitud. Lisfranc queria que se auscultase el abdómen á la par que se hiciera el cateterismo, á fin de percibir el choque del cateter contra el cálculo. Velpeau aconseja combinar el tacto vaginal con la palpacion abdominal.

La exploracion con la sonda uterina reemplaza con ventaja todos estos medios.

El exámen minucioso de los órganos hará distinguir con facilidad la anteversion de la *cistitis*, que produce en la vejiga fenómenos análogos á los determinados por la dislocacion uterina.

Los demás errores de diagnóstico que han podido cometerse no son de temer hoy.

En cuanto á las *adherencias*, la resistencia y el dolor indican su existencia cuando se quiere enderezar el útero. Demostrándose el *infarto*, *granulaciones*, *escoriaciones* y *metritis*, por los medios ordinarios de exploracion.

Pronóstico.—Resulta de los hechos que las dislocaciones adelante se curan con menos facilidad que las otras. En este concepto, la anteversion no presenta nada de particular. Cuando hay adherencias peritoneales debe considerarse la afeccion como incurable, porque seria imprudente el empleo de cualquier medio mecánico.

§ VII.—Tratamiento.

Los diversos tratamientos puestos en uso antes del empleo del enderezador intra-uterino, se han expuesto lo suficiente en el artículo consagrado á las dislocaciones en general, y no presentan nada que pueda aplicarse con expecialidad á la anteversion. Solo en dos casos de cuarenta y cinco ha bastado el cateterismo para producir la curacion.

Para enderezar la matriz despues de la introduccion de la sonda basta dirigir el mango adelante.

Hoy empleamos el *enderezador de flexion articulada* (fiiguras 36 y 37) con disco de caoutchouc. La longitud del vástago no debe pasar de cinco centímetros y medio, siendo á veces suficiente cuatro y medio. Los cordones de la cintura deben estar un poco apretados con objeto de que la pieza anterior se aplique sobre la pared abdominal, la parte inferior del vástago intra-uterino debe dirigirse ade-

(1) Ameline, *Antevérsion de l'utérus*. Tésis de Paris, 1827, n.° 55.

lante arrastrando consigo el cuello del útero. Los tirantes inferiores deben atarse simplemente á los cordones de la cintura.

En las mujeres que han tenido anteriormente inflamaciones ó tienen el útero muy sensible, conviene no dejar aplicado el instrumento mas de medio dia.

3.° ANTEFLEXION.

La anteflexion se encuentra en el vivo con menos frecuencia que la anteversion, y sin embargo, se observa con frecuencia en el cadáver (Rokitansky, Virchow y Boulard) (1). Este hecho parece menos extraño desde que Boulard ha demostrado que el mayor número de anteflexiones son congénitas. Se comprende muy bien que: 1.°, antes de la accion de una causa ocasional, estas dislocaciones puedan existir sin dar lugar á ningun síntoma; 2.°, que si tiene lugar un embarazo, el útero pueda enderezarse ó presentar simplemente una anteversion. Para el práctico, los casos que tienen importancia, son los que puedan demostrarse durante la vida, y de estos será de los que nos ocuparemos.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Hay anteflexion cuando el cuerpo se dirige adelante sobre el púbis, mientras el cuello conserva su direccion ó se dirige adelante (fig. 43). En ambos casos la *matriz está doblada*, pero mucho mas en el último.


Fig. 43.—Anteflexion del útero.

§ II.—Causas.

Bajo algunos puntos de vista, los casos de la enfermedad presentan particularidades propias á la anteflexion; estos son los únicos puntos que vamos á examinar.

1.° *Causas predisponentes.*—La edad varía entre diez y seis y

(1) Boulard, *Quelques mots sur l'utérus*. Tésis, Paris, 1853.

treinta años; el término medio es veintiun años y una fraccion. Vemos, pues, que la edad de la invasion es algo menor que la de la anteversion; primer hecho que viene en apoyo de las investigaciones de Boulard, pues que una disposicion congénita pone al útero en una condicion tal, que ha respondido á las primeras causas ocasionales.

Bajo todos los demás aspectos, las causas predisponentes no difieren de las que favorecen la anteversion.

2.° *Causas ocasionales.*—Como en la anteversion hemos notado algunas veces *esfuerzos violentos*, *caidas*, etc.

En 15 casos se manifestaron cuatro veces los síntomas de la enfermedad *muy poco tiempo despues de las primeras relaciones sexuales*. Esto demuestra mas una disposicion congénita viciosa en cierto número de casos, disposicion que no ha empezado á traducirse por síntomas sino despues de las primeras excitaciones. La *inflamacion* produjo dos veces el mismo resultado.

Estos hechos son aun mas significativos, si se les une otra notable circunstancia, y es que de quince enfermas tres eran *vírgenes*, y otras cinco eran *estériles*. Esta proporcion es tan considerable que no se la puede considerar como efecto casual.

La anteflexion es *congénita* con suma frecuencia, sin embargo, hay casos en que, como lo ha reconocido Boulard, es *adquirida* la anteflexion. En estos casos las causas no difieren de las de la anteversion. Veremos mas adelante cómo Virchow explica el *mecanismo*, segun el cual se produce la anteflexion.

§ III.—Síntomas.

La *invasion* ha sido en general mas rápida que en la anteversion, lo que solo se explica por la disposicion del útero, presentando una flexion formada.

Enfermedad confirmada.—En todas las mujeres existia *dolor* expontáneo ó provocado; expecialmente en la época de las reglas, habiendo en ocasiones *dismenorreas* mas ó menos considerables. Bajo este concepto, la anteflexion tiene mas influencia que la anteversion porque obstruye el conducto uterino, dificultando la salida de la sangre.

Exámen con el espéculum.—El cuello se presenta casi siempre en el campo del espéculum. Rara vez es voluminoso. Por lo comun es largo, delgado y puntiagudo, circunstancia no menos notable que las precedentes y que habla en favor de la anteflexion congénita en gran número de casos.

Tacto vaginal.—Esta exploracion da resultados diversos, segun los casos, porque la anteflexion presenta dos formas diferentes.

a. Primera forma.—El cuello está poco ó nada dislocado y el cuerpo se reducia adelante como en la anteversion. En semejante

caso, la flexion se produce á una altura de 2 á 4 centímetros, próximamente, por encima del orificio externo.

Por el tacto vaginal, se encuentra primero el cuello en su posicion normal ó un poco dirigido adelante, formando un ángulo poco agudo. Estando el cuerpo colocado horizontalmente puede reconocerse toda su cara anterior.

b. Segunda forma.—El cuello se dirige adelante y el cuerpo doblado sobre sí, la cara sobre su parte anterior hecha superior. El útero está completamente doblado en dos.

Por el tacto vaginal se alcanza fácilmente la cara posterior del cuello, despues, dirigiendo el dedo adelante, se encuentra el orificio uterino, y siguiendo la cara anterior, se llega á un ángulo muy agudo y profundo, por encima del que se encuentra el fondo del útero formando una expecie de tumor globuloso.

El *tacto rectal* no es necesario. Si se practica, se siente que el cuerpo del útero no hace continuacion con el cuerpo hácia la concavidad del sacro.

Si se combina el tacto vaginal con la palpacion hipogástrica, se reconoce que el cuerpo del útero no puede cogerse tan fácilmente como cuando conserva su posicion normal.

Cateterismo.—El empleo de la sonda es muy útil en la anteflexion. Sirve en efecto para reconocer la profundidad de la flexion, lo que tiene gran importancia para el tratamiento.

En la primera forma la sonda introducida primero, como si el útero no estuviese dislocado, se detiene á una profundidad de 2 á 3 centímetros y medio, y conviene notar esta profundidad para descender mucho el mango hácia el periné; por este movimiento se hace penetrar fácilmente la sonda en la cavidad del cuerpo.

En la segunda forma es menester buscar el orificio adelante y arriba, hacer penetrar la sonda dirigiendo su extremidad atrás y abajo, así como su concavidad. Se detiene el instrumento en este tiempo á una profundidad de 3 á 4 centímetros; entonces se le hace ejecutar un movimiento circular que dirija el extremo y la concavidad adelante, y penetre como en el caso precedente.

Este cateterismo es, como se ve, mas difícil que en la anteversion. En los primeros ensayos, nos fracasó esta maniobra, pues no habíamos comprendido su utilidad, ni nos habíamos familiarizado con ella.

Los *otros síntomas* no difieren de los de la anteversion, á no ser la frecuencia de emitir la orina que se observa rara vez, porque el cuerpo pesa menos, sobre todo en la segunda forma, sobre la pared posterior de la vejiga.

En la anteversion es donde con mas frecuencia han observado Kiwisch y Virchow la *retencion del moco*. El primero ha visto esta dislocacion ser la causa de una hidrómetra.

§ IV.—[illegible]

El *curso* de la [illegible] dad, sino la [illegible] constancia [illegible] cuentes y [illegible] La *duracion* y *terminacion* [illegible] pia de la ant[illegible]

§ V.—[illegible]

Segun exista [illegible] se presenta en [illegible] de la pared anter[illegible] tado; en *la segunda* [illegible] Depaul, de la que [illegible] clínica (1), y que V[illegible] doblada en dos: si se la [illegible] mente sobre el cuello. En el [illegible] mas blanda y adelgazada. Esta [illegible] alto grado en las enfermas observadas por V[illegible] (2), que ha indicado de un modo preciso el punto de la flexion por debajo del punto en que el peritoneo se refleja en la escavacion útero-vaginal, y en un espacio comprendido entre el ángulo vaginal y el peritoneal. Este espacio, indicado ya por Lisfranc, se ha descrito por Sédillot y Malgaigne, y Jobert ha indicado con cuidado, como punto por el que puede hacerse penetrar el bisturí sin interesar el peritoneo en la operacion de la fístula vexico-vaginal. Existe aquí un punto en el que no existe mas que un tejido celular apretado del cuello del útero, mas laxo hácia el cuerpo. En el punto correspondiente al orificio interno es donde se verifica la flexion.

Segun Virchow, es menester, para que se forme la flexion, que el fondo del útero esté menos movible por la disposicion de sus ligamentos ó por sus adherencias. En cuanto al cuello, el tejido celular apretado que le une á la vejiga le fija naturalmente. Las cosas en este estado, se dilata la vejiga, y el cuerpo y el cuello no pueden ceder porque están fijos. La parte que se deja rechazar es la línea de demarcacion entre el cuerpo y el cuello y de aquí la anteflexion. Esta teoría solo puede aplicarse á la segunda forma; pero aun en este caso, no parece completamente admisible, pues, que puedan curarse semejantes anteflexiones, lo que no se consiguiria á ser cierta la causa incesante indicada por Virchow (Mayer). Por otra parte,

(1) Valleix, *Leçons cliniques*, p. 93, obs. VIII.
(2) Virchow, *Verhandl. der Gesellschaft für Geburtshülfe*. Berlin, 1851.

Bourlard ha demostrado en gran número de casos que la anteflexion no es otra cosa que la persistencia ó exageracion de la forma natural del útero en el feto.

Las adherencias, en gran número de casos, las estrecheces del orificio interno, la coartacion de una parte del cuello, tales son las otras lesiones anatómicas que importa mencionar.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

En la direccion normal del cuerpo ó su propulsion adelante, el ángulo existe hácia la union del cuerpo y el cuello ó por encima; el cuerpo dirigido trasversalmente en la anteversion (1.ª forma) ó globuloso, y cayendo sobre el cuello (2.ª forma) sirve para distinguir esta dislocacion.

Sin embargo, hay algunos casos raros en que un *tumor cualquiera*, desarrollado delante del útero, puede tomarse por una flexion del útero. En un caso habia un *cáncer de la vejiga* haciendo prominencia en la vagina por su parte superior, dando lugar á los síntomas de dislocacion (emision frecuente, dolorosa y de orina, dolores, etc.). El cateterismo uterino hizo ver que la direccion del útero no habia cambiado, y que el tumor quedaba inmóvil cuando se imprimian movimientos al útero, y por otra parte el cateterismo vexical dió á conocer las lesiones de la vejiga, así como las alteraciones de la orina.

En otro caso habia delante del útero un tumor producido por una *dislocacion ovárica*, que representaba el cuerpo de la matriz. En este caso el cateterismo fué suficiente para demostrar que la matriz estaba únicamente rechazada atrás, pues que la sonda penetraba directamente y el tumor estaba inmóvil. La prolongacion de este tumor hácia la fosa ilíaca se reconoció por el tacto vaginal y la palpacion hipogástrica combinadas.

Un punto muy importante en el diagnóstico es la determinacion del punto fijo en que existe la flexion. Aun admitiendo como cierto, que no lo es, que ocupa siempre el punto indicado por Virchow, el cuello puede ser mas ó menos largo, lo que aleja mas ó menos el punto de la flexion del orificio externo.

En semejante caso es necesario no olvidar el precepto general de *introduccion de la sonda como si debiera penetrar directamente*. Despues de cierto trayecto se detiene por la flexion; se retira y se aprecian con cuidado los milímetros que ha penetrado; despues, repitiendo la maniobra, se baja el mango del instrumento y se penetra sin dificultad á pesar de lo que presenta el orificio interno; se habrá determinado el punto principal de la flexion.

En cuanto á las adherencias, la rigidez de los tejidos y las complicaciones, se reconocen como en las demás dislocaciones.

§ VII.—Tratamiento.

El *cateterismo uterino* produce una mejoría muy notable, pero solo en un caso fué suficiente para producir la curacion.

El *enderezador uterino* ha producido en manos de Simpson y Mayer curaciones duraderas. Nosotros hemos obtenido resultados muy diferentes en las dos séries de casos que hemos tratado. En la primera la curacion se obtuvo diez veces de once, y en la segunda una sola vez de cuatro. Esta diferencia no puede explicarse que por la naturaleza de las dislocaciones que eran congénitas en los cuatro casos de la segunda série. De estas enfermas tres eran vírgenes, y la cuarta habia sentido los primeros fenómenos de la enfermedad en los dias inmediatos á su matrimonio. Tres solo se sometieron al tratamiento, pues la cuarta era mal conformada (desviacion extrema de la columna vertebral) hasta el punto que juzgamos imprudente la aplicacion del instrumento. La cavidad pelviana era demasiado estrecha para permitir el desarrollo normal de los órganos.

Es importante: 1.°, que el *vástago del enderezador pase de la flexion centímetro y medio próximamente*; 2.°, que el *útero se haya enderezado* por la sonda antes de su introduccion.

En esta desviacion es menester extraer el enderezador desde que la enferma se queje, pues hay que temer que la pared posterior del cuerpo se apoye sobre la extremidad del vástago intra-uterino.

Si no se sobrepasa la flexion hay el temor de implantar el vástago en el ángulo ó codo formado por la dobladura.

4.° ANTEVERSION FLEXUOSA *(variedad)*.

§ I.—Definicion.

En las dislocaciones que hemos reunido con este nombre, el eje del útero, considerado de un modo general, se encontraba desviado completamente como en la anteversion, pero el órgano presentaba además *una* ó *varias flexuosidades*, de modo que no habia como en la anteversion dos ejes, una para el cuerpo y otro para el cuello, reuniéndose en ángulo agudo, sino un solo eje representado por una línea curva, ó una línea ondulosa ó quebrada.

§ II.—Descripcion.

En tres casos de anteversion con flexion hemos encontrado *tres variedades* diferentes.

En la primera variedad, la mas sencilla, el útero estaba situado como en la anteversion, solo que su cara anterior, en vez de estar

completamente horizontal, formaba un ángulo de concavidad inferior. Esta es la flexion en arco de Sommer.

En la segunda variedad, el útero, muy ingurgitado, formaba la misma curva por su cara anterior, pero además el cuello estaba un poco elevado por detrás, presentando una ligera flexion.

En la tercera variedad, la mas complicada, existian dos flexiones sucesivas.

§ III.—Diagnóstico y tratamiento.

Por el tacto deben reconocerse todo lo posible las flexuosidades, y despues con la sonda *seguir sin violencia las sinuosidades* que forman.

Bajo todos los demás conceptos pueden aplicarse á la anteversion flexuosa lo que hemos dicho de la anteversion. En un caso el resultado del tratamiento fué muy notable, pues Recamier y otros profesores habian empleado todos los medios aconsejados sin otro resultado mas que mejorías pasajeras. La enferma curó completamente, y su marido, que es médico, nos hizo una historia de la enfermedad que demostraba su rebeldía. Despues de año y medio no se desmintió la curacion.

5.° RETROVERSION.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *retroversion (inclinacion hácia atrás, supinatio, reclinatio uteri)* es una expecie de dislocacion en la que la matriz está mas ó menos echada atrás, de modo que el cuello se dirige al púbis y el cuerpo á la escavacion del sacro (fig. 44). Es menos frecuente que la anteversion, pero las investigaciones sobre este punto merecen confirmacion. Es simple cuando no hay flexuosidad notable del eje del órgano.

§ II.—Causas.

Pueden aplicarse á la retroversion el órden de causas que hemos visto producir la anteversion. Simpson ha insistido mucho en considerar el estreñimiento como causa ocasional; pero los observadores demuestran que lo mas frecuente es su aparicion despues de la enfermedad.

Habiendo observado cinco casos de veinte, en que existia la enfermedad, sea en las vírgenes, sea en las que no han tenido hijos y muy poco tiempo despues de las primeras relaciones sexuales, hemos llegado á considerar la dislocacion como *congénita*.

Soudry, de 71 casos recogidos en el hospital de Santa Eugenia, ha

encontrado 15 retroversiones simples, 2 retroversiones con anteflexion y 2 retroversiones con retroflexion (1). En casi todas las niñas recien nacidas que ha podido observar Lala (2), ha encontrado el útero en retroversion. De 13 jóvenes púberes, encontró cuatro veces el útero un poco inclinado atrás, y de 42 multíparas le encontró veintitres veces en retroversion. Pero por otra parte en 25 autopsias de niñas muertas en la primera quincena, no ha encontrado P. Lorain ninguna retroversion, y en 16 autopsias ejecutadas en Santa Eugenia, solo ha encontrado Marjolin dos retroversiones, ambas complicadas de lateroversion; en fin, en el hospital de Niños solo ha encontrado G. Bernutz cuatro veces el útero en retroversion. Segun este autor (3), es además casi siempre sintomática; las retroversiones adquiridas que observó nunca eran simples, y los pelvi-peritonitis eran su causa mas frecuente. Wieland y Dubrisay (4) insisten igualmente en esta causa, como produciendo adherencias y bridas que fijan el útero en la posicion anormal (5) (fig. 45). Segun Fl. Churchill (6), que describe á la par la retroversion y la retroflexion, las condiciones necesarias á la produccion de estas dislocaciones son: 1.°, cierto grado de relajacion de las paredes vaginales permitiendo el descenso del útero; 2.°, un aumento de peso en el fondo del útero, sobre todo en su pared posterior. Entre las causas que pueden aumentar el volúmen ó peso del



Fig. 44.—Retroversion del útero.

(1) Soudry, citado por Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 981.
(2) Lala, tésis de Paris, 1857, n.° 253, p. 20.
(3) G. Bernutz et E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femes*, t. II, p. 526. Paris, 1862.
(4) Wieland et Dubrisay, Additions au *Traité des maladies des femmes*. de Fl. Churchill. Paris, 1866, p. 464.
(5) F. Picard, *Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité*. Paris, 1862 (Observation due à Nat. Guillot).
(6) Fl. Churchill, *loc. cit.*, p. 464.

útero es necesario indicar la presencia de tumores fibrosos, la congestion, la hipertrofia, la existencia de coágulos en la cavidad uterina, etc. Las condiciones físicas que resultan del parto, de un aborto, favorecen la produccion de la dislocacion.

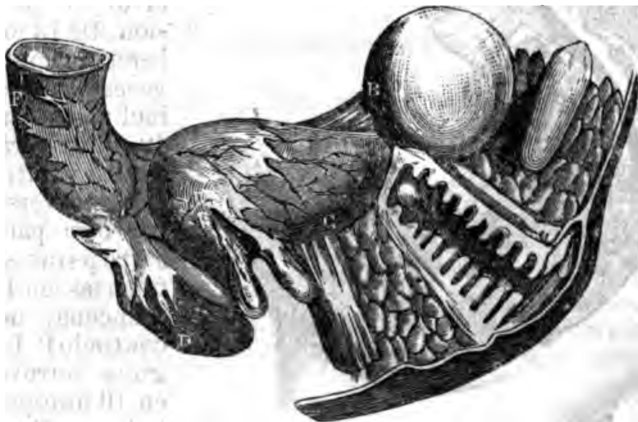


Fig. 45.—Utero en retroversion y retroflexion á consecuencia del útero y sus anejos por una parte y del recto por otra.—A, sínfisis del púbis; B, vejiga; C, útero; D, trompa y ovario derechos replegados sobre sí mismos y rodeados de falsas membranas, que se estienden á los dos quintos superiores del útero C, y que de aquí parten á la curva del recto F. (Pablo Picard).

§ III.—Síntomas.

El *dolor*, que se manifiesta expontáneamente en todos los casos, no presenta nada de particular, á no ser el *ocupar constantemente la region lumbar*, lo que no siempre se observa en la anteversion, y que á veces se localiza en la misma *region sacra*. Bajo los demás puntos de vista (nevralgias, dolores en los muslos, tórax, etc.), no hay diferencias.

El *estreñimiento* es constante (lo que dista de suceder en las dislocaciones adelante), y se aplica por la compresion que el cuerpo de la matriz ejerce sobre el recto. En algunos casos alterna con *flujo* y excrecion de *mucosidades* mas ó menos abundantes; á veces, en fin, hay *dolores espulsivos* en el recto, sin ningun resultado. El útero, al mismo tiempo que excita al recto con su presencia, hace el efecto de válvula.

El *volúmen del útero* se encuentra casi siempre aumentado. El órgano está *pesado*, á veces doloroso en la cara posterior del cuerpo y la pared posterior presenta á menudo mas espesor que en el estado sano; lo que se reconoce por medio de la sonda, como luego diremos.

Exploracion del útero.—Por medio de *espéculum* se observa que el

cuello se presenta por su parte posterior, con el orificio arriba, distinguiéndose apenas una pequeña parte de un labio anterior. *Para abrazar el cuello*, es necesario dirigir fuertemente la extremidad del instrumento arriba y adelante.

Por el *tacto vaginal*, se reconoce que el útero está mas bajo que en el estado normal. El orificio externo está adelante contra la pared de la vagina y el fondo inferior de la vagina. Mas arriba no se percibe el cuerpo, encontrándose como un vacío ocupado por una masa intestinal perceptible por su resistencia blanda. Si se dirige el dedo á lo largo de la cara inferior y hácia atrás, se puede recorrer casi toda la extension del útero dirigiéndose el fondo á la concavidad del sacro. Cuando solo hay una simple oblicuidad, se observa que el fondo se dirige al ángulo sacro vertebral, y el cuello ligeramente adelante.

El *tacto rectal* no es del todo indispensable. Cuando se le practica, se siente un cuerpo globuloso, que es el fondo del útero, que deprime la pared anterior del intestino.

Cateterismo uterino.—Es menester primero con la extremidad de la sonda dirigida su concavidad atrás, buscar el orificio externo. El instrumento se detiene muy pronto porque choca contra la pared anterior del cuello. Entonces se dirige el mango de la sonda arriba, y suavemente atrás, y se la hace penetrar hasta el fondo del útero. Con frecuencia es fácil de elevar el órgano dirigiendo adelante la concavidad de la sonda y dirigiendo el mango al periné. A veces se encuentra *resistencia*, la que si es considerable nos demostrará que no debemos insistir; puede haber *adherencias* que pudieran romperse, ó una simple *retraccion de tejidos* que cederá con la lenta elevacion del útero.

Los otros signos ó síntomas, el *curso*, *duracion*, *terminacion* de la enfermedad y sus *lesiones anatómicas* no presentan nada de particular aplicable á la retroversion.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la retroversion no presenta ninguna dificultad. La situacion del cuello adelante, la continuacion en línea recta del cuerpo hácia la concavidad del sacro, son suficientes datos. No puede quedar la menor duda cuando se introduce la sonda, y elevando el útero se aparta de esta concavidad.

Ya hemos dicho anteriormente cómo se diagnostican las *adherencias*. A veces la pared posterior del cuerpo está hipertrofiada, lo que se aprecia tocando con la extremidad del dedo cuando se ha introducido la sonda, percibiéndose un gran espesor del tejido que separa la sonda del dedo.

Pronóstico.—Casi todas las enfermas sometidas al empleo del enderezador se han curado. Sucede á veces que los dolores y necesidad

de orinar persisten despues del plan curativo, pero estas son excepciones. En iguales condiciones, la retroversion está menos expuesta á recidivas que las demás dislocaciones. Sin el empleo de un tratamiento principal, esta afeccion no tiene ninguna tendencia á la curacion radical.

§ V.—Tratamiento.

De 24 casos, 17 se trataron con el enderezador intra-uterino (figuras 36 y 37); 15 se curaron completamente, 2 estaban en tratamiento cuando hacíamos la historia de nuestra primera série de casos. Una renunció al tratamiento antes de que tuviese tiempo de obrar, y otra, por último, vió persistir sus dolores despues de la reduccion; presentaba síntomas de sífilis constitucional, pero no logró hacer cesar los dolores el tratamiento antisifilítico.

Este resultado es de los mas satisfactorios; pero no es fácil á todos los médicos introducir un vástago en el útero, pudiendo ocasionar accidentes cuya importancia se ha exagerado mucho. Hemos procurado el establecimiento de otro medio y hemos puesto en uso el *cateterismo*, la *reduccion momentánea* y el *pesario de caoutchouc* combinados.

El empleo de un pesario de goma se aplicó en siete casos que tenemos á la vista. En seis fué completa la curacion, el sétimo está aun en tratamiento, y presenta ya una notable mejoría. La duracion del plan curativo varía entre tres semanas y tres meses y medio, cuyo plazo es excepcional. La curacion es aun reciente, pero en todas el útero está bien colocado y es mas que probable que sea permanente. Creemos, pues, que este último medio de tratamiento es tan fácil y eficaz como el primero, y debe adoptarse definitivamente.

En résumen, de 24 retroversiones, se curaron 21 por uno ú otro medio, lo que es un resultado bien satisfactorio.

Gariel (1) ha propuesto el uso de un pesario de receptáculo de aire y se compone de dos pelotas con dos tubos que se unen con llave. Antes de emplearle es menester vaciar una pelota y llenar de aire la otra (figuras 46 y 47) y cerrar la llave.

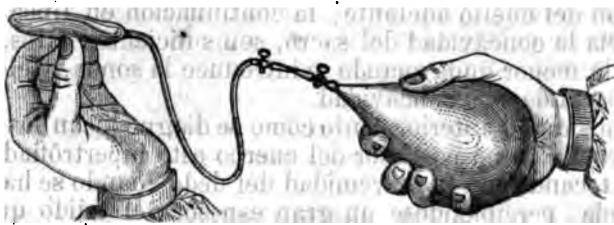


Fig. 46.—Pesario de receptáculo de aire (vacío).

(1) Gariel, *Gazette des hôpitaux*.

La pelota vacía de aire (pelota pesario) arrollada sobre sí misma, se reduce á un pequeño volúmen, y se dirige sin resistencia al nivel del cuello del útero. Entonces se abre la llave y apretando con la mano la pelota llena de aire (pelota insuflador), se dilata, cuanto se cree necesario, la pelota préviamente introducida. No hay mas que cerrar la llave correspondiente para que persista la dilatacion, la pelota exterior, vacía y reducida de volúmen, se ata á los vestidos por medio de cordones.

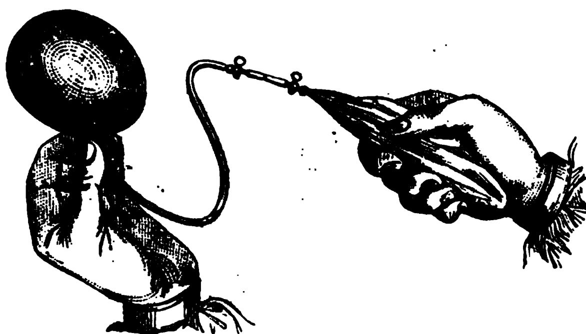


Fig. 47.—Pesario de receptáculo de aire (lleno).

La extraccion de la pelota pesario es tan fácil como su introduccion; se verifica abriendo la llave; el aire pasa por la accion combinada de los intestinos y de las paredes vaginales, y penetra en la pelota insufladora, donde se tiene reservado para una nueva aplicacion. Esta maniobra puede ejecutarse por las mismas enfermas desde la primera vez (1).

6.° RETROFLEXION.

La retroflexion nos presenta acerca del diagnóstico algunas particularidades muy importantes, sobre las que llamaremos la atencion.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *retroflexion* es una desviacion en la que el cuerpo del útero se dirige atrás y mas ó menos abajo, mientras que el cuello queda en su posicion normal, ó solo en direccion del eje de la vagina ó en fin se dirige atrás. Cualquiera que sea la direccion precisa de estas

(1) Wieland et Dubrisay, *loc. cit.*, p. 482 y 483.

dos partes del órgano, resulta siempre un ángulo con el seno posterior y generalmente inferior (fig. 48).



Fig. 48.—Retroflexion del útero.

Formas.—Hemos reconocido *tres formas* principales de retroflexion.

A. *Primera forma.*—El cuello no se desvía de su direccion normal, solo el cuerpo se encuentra doblado de modo que su fondo hace saliente un poco por encima y detrás del cuello.

B. *Segunda forma.*—Es la mas comun. El cuello está dirigido adelante hácia el fondo inferior de la vejiga, el cuerpo cae atrás, donde forma un tumor globuloso que á veces desciende tan abajo como el cuello.

C. *Tercera forma.*—Es la mas rara y difícil de reconocer. El cuello está dirigido atrás como en la anteversion, y el cuerpo descansa sobre él, de tal modo que el órgano está completamente doblado. Esta forma corresponde á la segunda de la anteversion descrita en uno de los artículos precedentes.

La retroflexion es menos frecuente que la retroversion simple. En la práctica se la encuentra casi con la misma frecuencia que la anteflexion, lo que es debido sin duda á que dá lugar mas constantemente á síntomas, pues ya hemos hecho mencion que la anteflexion se reconoce muchas mas veces en el cadáver.

§ II.—Causas.

Bajo el punto de vista *etiológico*, nada encontramos que pertenezca exclusivamente á la retroflexion. Acerca de esta dislocacion decia Simpson que existia el extreñimiento pertinaz; pero la que hemos dicho en el artículo anterior, con este motivo pudiéramos repetirlo aquí. La explicacion de Virchow, relativamente á la anteflexion, no puede invocarse aquí con razon. En cuanto á la existencia congénita de la retroflexion no hemos encontrado un solo ejemplo incontestable, sin embargo, no puede decirse que sea imposible su existencia.

La influencia del *parto*, del *aborto*, de los *esfuerzos* y de los *golpes*, es tan evidente en esta como en las otras dislocaciones.

§ III.—Síntomas.

El *dolor*, como en la retroversion, se fija en la *region lumbar* y *sacra*, rara vez en los muslos.

La *progresion* es por lo comun difícil y dolorosa, á veces solo penosa y fatigosa.

Exploracion del útero.—El cuello está fácil de comprender en el espéculum, y está voluminoso y entreabierto, como lo ha notado Kiwisch.

Por el *tacto vaginal* se encuentra el cuello situado mas ó menos bajo y dirigido unas veces, en su posicion normal, otras adelante y algunas atrás. Estas direcciones corresponden á las tres formas indicadas. Si se coloca el dedo en el orificio, penetra mas ó menos profundamente; siendo á veces tan exagerada la abertura del orificio uterino, que pueden penetrar dos dedos en la cavidad cervical. Lo que prueba que este signo corresponde á la dislocacion y no á ninguna otra lesion del órgano es que cuando se reduce el órgano á su posicion normal, el cuello se cierra mas ó menos completamente.

Dirigiendo el dedo adelante y arriba, no se encuentra el cuello y se percibe solo la resistencia blanda de la masa intestinal. Si por el contrario, se dirige atrás, se encuentra el cuerpo globuloso del útero que desciende á veces hasta el cuello, quedando entre ambos un ángulo entrante muy manifiesto.

El *tacto rectal* es casi siempre inútil. Si se emplea, se encontrará en la pared anterior del intestino la inyeccion cansada por el cuerpo del útero en una extension mas ó menos pronunciada.

Es raro que la *presion* ejercida sobre el cuerpo no determine dolor á veces muy vivo.

El tacto da á conocer el infarto del útero, y comunmente mayor dureza en el tejido excepto en el punto de la flexion. En la menor te de los casos se encuentra el útero blando y flácido.

Para practicar el *cateterismo uterino*, se introducirá la sonda como

si el útero estuviese en su posicion normal, esto es, el estreno de la sonda en direccion del eje de la pélvis mayor y la concavidad adelante. Cuando se siente resistencia, hay que detenerse, pues se llega á la flexion. Nótese la profundidad y punto en que se encuentra situada, como en la anteflexion. Despues se vuelve á introducir la sonda del mismo modo hasta la flexion, se hace ejecutar un movimiento semi-circular al mango del instrumento, de modo que el pico de la sonda venga atrás y abajo, y por lo tanto la concavidad en la misma direccion; entonces la sonda penetra sin esfuerzo y casi sin dolor hasta el fondo del órgano, para lo que basta elevar el mango del instrumento hácia el púbis mediante un ligero movimiento de propulsion. La necesidad de esta maniobra para llegar á la cavidad del cuerpo existe particularmente en la retroflexion.

El *estreñimiento* es por lo comun pertinaz, sin embargo, es menos constante que la retroversion. La *emision de orina* es casi constantemente natural, lo que difiere de las demás dislocaciones, lo que se explica por la situacion del cuello, que se encuentra poco ó nada inclinado adelante.

El *curso*, la *duracion* y *terminacion* de esta dislocacion, no difiere en nada de las precedentes.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Se encuentra en la pared posterior y en el punto correspondiente á la flexion una blandura y á veces atrofia semejante á la que se observa en la anterior en las anteflexiones. La parte de la pared posterior situada por encima de este punto, se encuentra mas ó menos ingurgitada. En cuanto á las *adherencias* y á las diversas *lesiones concomitantes*, son las mismas que en las demás dislocaciones.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

De todas las dislocaciones, la retroflexion es la que puede presentar el diagnóstico mas difícil, dando con mas frecuencia lugar á error.

Recordemos primero que detrás del cuello se encuentra el cuerpo globuloso del útero; que entre ambas partes existe un ángulo cuyo seno es posterior é inferior, y que estas partes son muy accesibles al tacto vaginal. Parece que en semejantes condiciones la dislocacion debia ser fácilmente diagnosticada; pero hay lesiones que pueden simularla perfectamente.

1.° Puede existir un *infarto considerable del cuerpo que no se extiende hasta el cuello*. Resulta de esta lesion, de la que hemos citado un caso muy notable (1), un ángulo entre el cuello y la salien-

(1) Valleix, *Leçons cliniques sur les déviations utérines*.

te del cuerpo, puede hacernos creer que el cuerpo está doblado hácia atrás por el peso de la parte infartada, pudiendo á la par no encontrarse el cuerpo por delante. El *empleo de la sonda* permite en este caso preciar el diagnóstico.

Desviándola, en efecto, en la direccion normal del útero, se la hace penetrar hasta 7 ú 8 centímetros, y se asegura por el tacto que el tumor no ha cambiado en ninguna de sus relaciones, y al mismo tiempo se observa entre el dedo y la sonda un gran espesor de los tejidos.

2.° Un *tumor fibroso* puede ocupar la pared posterior del cuerpo y dar lugar á todos los síntomas apreciables por el tacto (Barth). El diagnóstico se verificará del mismo que en el caso precedente. Es menester reconocer la dureza considerable y la forma muy globulosa del tumor, que pondrán en via del diagnóstico. Pero no creemos que esto baste para disminuir todas las dudas.

3.° El *tumor sanguíneo* ó *hematocele retro-uterino* forma tambien detrás del cuello una saliente, de la que le separa un surco cuando aun no ha adquirido un gran desarrollo. Se reconocerá por su fluctuacion mas ó menos manifiesta, por su prolongacion hácia la fosa ilíaca accesible por el tacto, y sobre todo por la penetracion de la sonda uterina. Cuando el tumor es muy voluminoso, dirige el cuerpo contra el púbis y rechazándole arriba, borrando el fondo posterior de la vagina y á veces el mismo cuello. En semejante caso, no presenta el diagnóstico la menor dificultad.

4.° El *flemon retro-uterino* simula tan bien la retroflexion, que tres veces hemos sido llamados para enderezar el útero en casos de este género. En semejante caso, la gran sensibilidad del tumor situado detrás del útero, su resistencia mas ó menos blanda; los pliegues de la vagina que existen en su superficie, cuando el tumor no está muy desarrollado, pone en via de diagnóstico, pero no basta. Es menester tambien recurrir á la sonda, que penetra directamente, dejando el tumor en su lugar sin cambio alguno.

5.° Solo indicaremos un tumor que, segun algunos autores ingleses (Reigby en particular), está formado por el *ovario inflamado y dislocado*, colocándose en la parte posterior del útero. Los datos no son aun suficientes sobre este punto. Basta, pues, decir que la penetracion directa de la sonda, puede, además de la movilidad del tumor, dar á conocer que la enfermedad no pertenece al útero.

6.° En la tercera forma de retroflexion, el dedo no puede percibir el tumor formado atrás por el útero, porque se encuentra situado muy alto. En esta circunstancia es indispensable el cateterismo uterino. Sin él no hay diagnóstico posible, y como el cuello está muy inclinado atrás, puede creerse que existe una anteversion. Este error seria funesto, porque expondria á la perforacion del útero al nivel de la flexion. No olvidemos, pues, que la sonda debe introducirse directamente, su concavidad adelante, si á la altura de 3 centíme-

tros, próximamente, se detiene, y si haciendo ejecutar á la sonda un movimiento circular precedentemente descrito, penetra en el cuerpo á una profundidad de cerca de 4 centímetros, es que se trata de esta forma de retroflexion.

Pronóstico.—El útero colocado en retroflexion no tiene ninguna tendencia á recuperar expontáneamente su posicion normal. La reduccion no es por lo general difícil, de modo que el pronóstico no es desfavorable; aunque hemos observado en dos casos tendencia á recidiva.

§ VII.—Tratamiento.

De 18 casos que hemos tratado, 3 se curaron por reduccion, con solo la sonda. En 13 se aplicó el enderezador, produciendo diez curaciones, y alivio en un caso. En 2 casos el tratamiento fué incompleto, y el resultado no fué favorable.

En fin, en dos enfermas tratadas por *enderezamiento con la sonda y empleo del pesario de caoutchouc combinados*, se curó una, y otra está en curacion.

Este es el lugar de hallar con algunos detalles del empleo de la sonda como medio reductor y del pesario de caoutchouc combinados, que especialmente conviene á las *dislocaciones hácia atrás* (retroversion y retroflexion).

Cuando una enferma parece bien dispuesta al tratamiento, que la cavidad uterina no tenga mucha sensibilidad, y en la que el útero se endereza bien, se procede del modo siguiente:

Se introduce la sonda uterina hasta el fondo del útero, dirigiendo el extremo de la sonda y la concavidad atrás, despues se dirige el cuerpo de la matriz hácia el púbis. Hecho esto, se coloca el índice que ha servido para colocar la sonda sobre la cara anterior del cuello, y al mismo tiempo que se retira el instrumento, recházase fuertemente el cuello atrás y arriba hácia la concavidad del sacro. Tómese entonces el pesario que puede llamarse *enderezador extra-uterino* (figura 37), introdúzcase vacío y arrollado en el fondo del saco anterior de la vagina; y despues, *si se tiene un ayudante*, insúflese con una pera de caoutchouc préviamente llena de aire. *Si se está solo*, únase rápidamente la bola de insuflacion, introdúzcase de nuevo el índice para mantener el cuello rechazado atrás y no se le abandone hasta haber comenzado la insuflacion, que se continuará en seguida.

La dilatacion del enderezador extra-uterino determina en las enfermas un efecto desagradable que no tarda en calmarse. Si persiste, es que el globo está muy dilatado, lo que siempre debe evitarse, dando salida á una parte de aire comprendido en el pesario, lo que determina inmediatamente un alivio manifiesto.

En esta situacion, el útero préviamente bien reducido, no puede dislocarse, pues evita el que el cuello se dirija contra el púbis la per-

manencia en la vejiga del enderezador distendido. La parte superior aun en las retroflexiones no puede dirigirse atrás, pues no alcanzándola la vejiga mas que por una extremidad, no puede rechazar al útero cuando se dilata por el acúmulo de orina.

Las enfermas tienen necesidad de acostumbrarse al cuerpo extraño, así en las primeras aplicaciones conviene no dejar el instrumento puesto mas de veinticuatro horas, y menos en algunos casos. Mas tarde se deja tres y cuatro dias, con objeto que el útero se mantenga reducido. Entonces las enfermas le soportan con facilidad. A cada nueva aplicacion es menester enderezar nuevamente el útero con la sonda.

Las enfermas aprenden muy pronto á insuflar ellas mismas el pesario, lo que es menester hacer dos ó tres veces al dia, pues el aire se escapa aun en los aparatos mejor construidos. En fin, cuando la matriz se mantiene en su lugar, puede extraerse el instrumento para la limpieza y colocarle ellas mismas. Para esto es necesario que el cuello se mantenga hácia atrás, pues de lo contrario pudiera colocarse el pesario en la parte posterior, y rechazar el útero á la posicion anormal.

No es raro que este sencillo aparato determine cierto grado de irritacion; á veces en la primera aparicion de las reglas sobreviene un poco de congestion uterina; pero estos inconvenientes no tienen importancia.

Resultados del empleo del enderezador extra-uterino.—Hemos reunido nueve casos, siete de retroversion y dos de retroflexion, en los que se empleó este medio, y hemos obtenido siete curaciones radicales. En un caso hizo suspender el tratamiento un poco de irritacion uterina; pero la matriz se habia enderezado notablemente. En el octavo se obtuvo gran mejoría, pero causas particulares obligaron á suspender el tratamiento.

Desgraciadamente este tratamiento no puede aplicarse tan bien á las desviaciones anteriores; pues los púbis se oponen á que la reduccion sea tan completa como en las dislocaciones posteriores, no encontrándose por detrás espacio suficiente para el enderezador extra-uterino. Quizá mas adelante una modificacion del instrumento aleje esta dificultad.

7.° RETROVERSION FLEXUOSA (*variedad*).

Definicion.—Esta dislocacion, que es análoga á la anteversion flexuosa, está caracterizada por la inclinacion atrás y una ó varias flexuosidades que dan al órgano una forma ondulosa.

Con relacion á las *causas*, los *síntomas*, *curso de la enfermedad* y lesiones, esta dislocacion difiere escasamente de la retroversion.

Solo bajo el punto de vista del *diagnóstico* presenta esta variedad alguna importancia. Podria creerse al encontrar un útero tan irregu-

lar la presencia de tumores en sus paredes. Es necesario observar lo que pasa durante la introduccion de la sonda, porque se ven desaparecer las flexuosidades á medida que la sonda penetra y despues de su introduccion queda el útero como en la retroversion.

La *introduccion de la sonda* presenta algunas dificultades. Es menester seguir las diversas sinuosidades que presenta la cavidad uterina. Para ello se debe, sin obrar con violencia, dirigir el instrumento unas veces adelante, otras atrás, segun que la flexion sea anterior ó posterior.

El *tratamiento* no difiere del de la retroversion y de la retroflexion; pero sus resultados son un poco menos ventajosos. Así en doce casos hemos obtenido ocho curaciones completas y una notable mejoría, en dos casos la reduccion no se consolidó y demandó el empleo del enderezador; pero mediante á este tratamiento pudieron las enfermas entregarse á sus ocupaciones habituales, que no podian hacer antes. En fin, en una enferma, aunque el útero quedó reducido, continuaron dolores vexicales y necesidad frecuente de orinar, resultado sin duda de una inflamacion crónica de la vejiga.

8.° LATEROVERSIONES Y LATEROFLEXIONES.

Designaremos las dislocaciones laterales con los nombres de *lateroversion* y *lateroflexion* derecha é izquierda, segun el lado á que se inclina el cuerpo del útero.

Nunca las hemos encontrado aisladas, siempre unidas á otras formas de dislocaciones, han podido en muchos casos dar cuenta del predominio de ciertos síntomas, como por ejemplo, el dolor excitante de un solo muslo. Generalmente el dolor parece mas intenso en el lado á que se inclina el útero, aunque hemos visto ejemplos de lo contrario. ¿Esto pudiera explicarse, en el primer caso, por la presion del cuerpo del útero sobre el plexo sacro y los nervios que parten de él, y en el segundo, por la traccion de los ligamentos?

Hemos observado con mas frecuencia el extreñimiento en las lateraversiones izquierdas que en las derechas, lo que se explica por la disposicion anatómica de las partes.

Dezanneau (1) dice haber encontrado desviaciones laterales mas frecuentes á la derecha que á la izquierda. No hemos podido confirmar esta opinion, aunque se comprende que así sea, puesto que estando el recto situado á la izquierda, cuando las materias fecales le distiendan, rechazará el útero á la derecha.

(1) Dezanneau, *loc. cit.*

CAPÍTULO IV.

HEMATOCELE PERI-UTERINO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

No están conformes todos los autores en lo que [illegible] por *hematocele peri-uterino;* pero cualesquiera que [illegible] asignados á esta lesion, el primer punto sobre que [illegible] es el siguiente: que el *hematocele,* tan importante [illegible] *es una enfermedad,* sino un resultado patológico. [illegible] de los hechos generalmente admitida hoy, ¿hace [illegible] cele peri-uterino, diciendo que es *un derrame formado por [illegible] depositada (sea por delante ó por detrás del peritoneo), en [illegible] diaciones del útero?*

Debemos decir desde ahora, que esta definicion, dada [illegible] muchos autores, es rechazada por otros. A Voisin (1), por [illegible] reserva la denominacion de hematocele, para los casos en [illegible] sangre se derrama y se enquista en el saco peritoneal. [illegible] nutz (2), conservan el nombre de *trombus* á los *derrames sanguíneos que ocupan el tejido celular pelviano* y que solo se observan [illegible] do puerperal (3), y describe exclusivamente con el nombre de [illegible] tocele, los casos en que la sangre *procedente de cualquiera de [illegible] órganos genitales,* se derrama en el peritoneo pelviano. [illegible] mismo autor, los *derrames sanguíneos intra-pelvianos, [illegible] de un embarazo extra-uterino,* deben separarse tambien de [illegible] matoceles propiamente dichos.

Por el contrario, muchos autores comprenden de un modo [illegible] ral, bajo la misma denominacion, los casos en que la sangre [illegible] cuentra extravasada detrás ó alrededor del órgano, ya en el [illegible] saco peritoneal, ya fuera de él.

Procurando presentar una descripcion en relacion con la [illegible]

(1) A. Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin.* Paris, 1860, con una lámina.

(2) G. Bernutz y E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes.* Paris, 1860, t. I, p. 352.

(3) Sin embargo, en 1858, Benjamin Ball ha dado á conocer un caso en que fuera del estado general, el derrame sanguíneo era subperitoneal. El ovario derecho estaba además tan alterado que era casi imposible desconocer que era el origen de la hemorragia.

«No podemos darnos cuenta de estos casos, sin admitir que la rotura del ovario se produce en el mesenterio ovárico. Sin embargo, no se dice en la observacion que esta rotura se hubiese demostrado; entonces pudiera suponerse que una de las trompas, ingurgitadas de sangre, habia dejado escapar por una abertura accidental la sangre menstrual en el espesor del ligamento ancho.» (A. Trousseau, *Clinique médicale,* 2.ª edic., t. III, p. 601. Paris, 1856.)

mas lata de la palabra, reservarémos, sin embargo, la mayor parte á los hematoceles, propiamente dichos. En cuanto á los tumores sanguíneos peri-uterinos, situados fuera del peritoneo y á los derrames intra-pelvianos sintomáticos de un embarazo extra-uterino, como su detalle corresponde mas bien á un *Tratado de partos*, nos limitarémos á exponer los medios apropiados para diagnosticarlos. La frecuencia del hematocele, propiamente dicho, es bastante grande, pues A. Voisin, que solo reune con este nombre los casos en que la sangre se derrama en el saco peritoneal y se esquista, ha podido reunir 42 casos, de los que son personales 10.

§ II.—Historia.

Aunque pudieran encontrarse en las obras de Hipócrates (1) casos de hematocele retrouterino, á Ruysch (2) es el que parece debe referirse el descubrimiento de las hemorragias peri-uterinas. Despues vienen las observaciones de J. Frank (3), de Pelletan (4), de Velpeau (5), de Recamier y de H. Bourdon (6). En la época (1841) en que aparecieron los trabajos de estos últimos autores, el estudio del hematocele se comprendia aun entre los *tumores fluctuantes de la pequeña pélvis*; y solo desde la publicacion del primer trabajo de G. Bernutz (7) de las *Lecciones* de Nélaton (8), es cuando se fijó la atencion de un gran número de observadores (9), extendiéndola en todos sus detalles.

(1) Hippocrate, *Des épidémies*. lib. IV y V. trad. de Littré, t. V, p. 183 y 205. *Des maladies des femmes*, lib. I y II, t. VIII, p. 21.

(2) Ruysch, *Observationum analomico-chirurgicarum*, centuria, obs. LXXXV, página 110. édit. Amsterdam, 1591.

(3) J. P. Frank, *Traité de médecine pratique*, trad. por Goudareau. Paris, 1842, tomo II, p. 267.

(4) Pelletan, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1810, t. II, p. 106.

(5) A. Velpeau, *Recherches anatomiques sur les cavités closes (Annales de la chirurgie française et étrangère*, Paris, 1843, t. VII, p. 430).

(6) Récamier y H. Bourdon, *Tumeurs fluctuantes du petit bassin (Revue médicale*, 1841, p. 41).

(7) G. Bernutz, *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel (Arch. gén. de méd.*, Junio 1848 á Febrero 1849).

(8) A. Nélaton, citado por A. Vigués, *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme* (tésis de doctorado. Paris, 1850).—Véase tambien: *Leçons cliniques*, publicadas por Gaillet y Bauchet (*Gazette des hôpitaux*, 1851).

(9) Indicarémos entre los trabajos de algunos autores los siguientes:
Mikschik, *Etudes sur la pathologie des ovaires*. Leipzig, 1854.
Kauffmann, *Archives de la Société obstétricale de Berlin*, vol. VIII.
Royer, *Bulletin de l' Académie de médecine*. Paris, 1855, t. XXI, p. 21.
Prost, tésis inaugural. Paris, 1854.
Cestan, tésis inaugural. Paris, 1855.
Paul Fenerly, *De l'hématocèle rétro-utérine*, tésis inaugural. Paris, 1855.
Engelhardt, tésis inaugural, Strasbourg, 1856.
Manuel Gallardo, *De l'hématocèle péri-utérine*, tésis inaugural. Paris, 1857.
Genouville, *Arch. gén. de méd.*, Octubre 1858.

§ III.—Causas.

1.° *Causas anatómicas.*—Resulta de las diversas investigaciones hechas con el objeto, que unas veces suministra solo el ovario la sangre vertida, otras procede de las trompas uterinas, ya las venas tubo-ováricas, haciéndose varicosas, se rompen dando lugar á hemorragias, ó bien suele suceder que la exhalacion sanguínea dependa de una pélvi-peritonitis hemorrágica (1).

Los autores que refieren únicamente el hematocele á una hemorragia ovárica, creen que puede producirse aun estando sano el ovario cuando en la ovulacion (2), ó despues de ella, queda enfermo el ovario. Cuando esta última condicion, cuya realidad nadie duda, es la causa del hematocele, se demuestra que el ovario es generalmente el asiento de una rotura (3), ó de una apoplegía (4), de un quiste sanguíneo (5), ó de una supuracion parcial (6).

(1) A. Tardieu, *Observationes pratiques de médecine légale sur les cas de mort naturelle et de maladies spontanées qui peuvent être attribuées à un empoisonnemente (Annales d'hygiène et de médecine légale*, Paris, 1854, t. II, p. 157).

(2) Denonvilliers y Lenoir, *Bulletins de la Société de chirurgie*, sesion de 4 de Junio 1851 (*Gazette des hôpitaux*, 14 Julio 1851).—Nélaton, *Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Faculté (Gazette des hôpitaux*, Diciembre 1851 y siguientes).

(3) Pelletan, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 108, Paris, 1810.—Hufeland, Exámen de dos personas muertas por efecto de insolacion, *Journal de Hufeland*, Noviembre 1819, y *Bibliothèque médicale*, t. CLXX, p. 250.—Neuman (de Berlin), 1821, observacion publicada en Francia en la *Biblioteca médica* por Royer-Collard, t. LXXVIII, p 113. (Esta observacion fué dada por un autor y recogida por Puech, como ejemplo de exhalacion sanguínea del peritoneo que rodea el ovario formando una hidátide voluminosa).—Drecq, *Annales de la médecine physiologique*. 1826, y *Journal universel des sciencies médicales*, t. XLII, 1826, p. 361.—E. J. Tilt, *On diseases of Women and ovarium inflammation*, p. 262 y siguientes, 2.ª edicion Lóndres 1853.— S. Laugier, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, Febrero 1855, tomo XL, p. 458. Del trabajo de S. Laugier parece resultar que la ovulacion es la causa ocasional del hematocele retro-uterino; que la congestion fisiológica del ovario durante la ovulacion con persistencia de la abertura de la vesícula de Graaf, no da lugar al hematocele, que es necesario, para que se produzca una congestion exagerada, producida por causas accidentales cuya accion puede actuar antes, durante ó despues de las reglas. Con la repeticion de la ovulacion se aumenta gradualmente el volúmen del hematocele. Las vexículas ováricas se abren sucesivamente en el quiste hemático y quedan abiertas, de modo que el ovario se destruye por el número de ovulaciones en las condiciones que presenta el órgano desde la inovacion del hematocele. La rotura de una vexícula de Graaf es la via por donde se escapa la sangre del ovario, y el quiste hemático es las mas de las veces intraperitoneal).—Luton, *Gazette médicale*, 1856, p. 76.—Wardrop y Romberg, citados por Vernay (*Gazette des hôpitaux*, 1852, p. 318).—Puech, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1858, obs. VIII.

(4) Pollard, *The Lancet*, March 1848, et *Archives générales de médecine*, 4.ª série, XVIII, p. 475.

(5) Ch. Robin, *Note sur les hémorrhagies des vésicules ovariennes. (Mémoires de la Société de biologie*, 2.ª série, t. III, año 1856, Paris, 1857, p. 139).—Dumont-Pallier, *Hématocèle rétro-utérine en voie de formation (Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 3.ª série. t. III, año 1861, Paris, 1862, y en A. Trousseau, *Clinique médicale*, 2.ª edicion, Paris, 1865, t. III, p. 592).

(6) A. Trousseau, *loc. cit.*, p. 598.

Cuando las varices tubo-ováricas se rompen dando lugar á hemorragia, la coleccion es casi siempre extra-peritoneal; lo que resulta de la disposicion misma de los vasos situados entre las dos hojas del ligamento ancho (1). El estado varicoso, extendiéndose á las venas del parénquima ovárico, puede tambien hacerse causa de edema, y reblandecimiento parcial del órgano, y la causa de una apoplegía ovárica, seguida de hemorragia intra y extra-peritoneal (Devalz, Trousseau). Este estado varicoso expecial de las venas puede disponer tambien á la apoplegía de las vexículas de Graaf y hacerse punto de partida de quistes hemáticos, que son á su vez una de las causas inmediatas, accidentales de la hematocele ovárico (Trousseau).

Cuando la sangre derramada proviene de una de las trompas, ó bien ha sufrido esta una rotura (2), ó se ha constituido en via anormal por la que fluye la sangre contenida en el útero cuando existe un obstáculo al flujo menstrual por las vias regulares (3). En fin, una ó ambas trompas á la par sin lesion ninguna apreciable, puede hacerse sitio de una exhalacion sanguínea abundante.

2.° *Causas generales.*—Cuando fuera de toda lesion apreciable se verifica la exhalacion sanguínea, por la superficie de las trompas ó del útero, dando lugar al hematocele, es necesario investigar su orígen en diversos estados morbosos de los que puede constituir un elemento sintomático. Las investigaciones sobre este punto conducen á reconocer que el sarampion (4), la escarlatina (5), la viruela (6),

(1) Ollivier (d'Angers), *Note sur un cas de grossesse tubaire, avec quelques observations sur une cause particulière d'hémorrhagie interne chez la femme (Archives générales de médecine*, 2.ª série, 1834, t. V, p. 403).—S. Leclerc, *Archives générales de médecine*, 1.ª série, 1828, t. XVIII, p. 281.—Marjolin, padre, citado por Tilt, *Pathology and Treatment of sanguineous pelvic Tumours*, p. 262, y *Diseases of Women*, 2.ª edicion. Lóndres, 1853.—Depaul, *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1847, t. XXII, p. 15.—Richet, *Traité d'anatomie médico-chirurg.*, p. 735, 2.ª edicion. Paris, 1860, p. 812.—Devalz, *Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine* (tésis inaugural, Paris, 1858.)—G. Bernutz y E. Goupil, *loc. cit.*, p. 368.

(2) Swtzer, citado por Tilt, *loc. cit.*, obs. LXXIII, p. 238.—Pauli, *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 155.—Royer, *loc. cit.*—G. Bernutz, *Clinique*, t. I, p. 416.

(3) Ruysch, *loc. cit.*—De Haen, Delpech, Hélie, *Recherches sur la structure des trompes utérines, pour servir à l'histoire de l'hématocèle rétro-utérine (Journal de médecine de la Loire-Inférieure*, 1858).—Proust, Observacion recogida en la visita de Ch. Lasègue y publicada por G. Bernutz, *Clinique médicale*, t. I. p. 435.—Tilt, *loc. cit.*, obs. LXXVII, p. 261.—G. Bernutz y E. Goupil, *De la rétention du flux menstruel (Clinique médicale*, Paris, 1860, t. I).

(4) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduccion francesa. Paris, 1858, p. 312.

(5) Hélie, *Recherches sur la structure des trompes utérines, suivies de quelques considérations relatives aux hématocèles rétro-utérines (Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, 1858, 178 entrega, p. 280).

(6) A. Laboulbène, *Utérus avec hémorrhagie des trompes de Fallope, et kyste pileux de l'ovaire gauche (Comptes rendus de la Société de biologie*, 1.ª série, año 1852, tomo IV, p. 185. Paris, 1853).

la púrpura (1), acompañan al hematocele peri-uterino sin necesidad de correlacion entre este y el trabajo de ovulacion obrando solo como causa ayudante (2). En ciertos casos el derrame sanguíneo peri-uterino se ha considerado como sintomático del estado puerperal (3), ó de una afeccion localizada en el aparato genital (4), ó en algunos puntos de las vias urinarias (5). En otros casos puede tambien producirse el hematocele, sea por la existencia de una afeccion orgánica debilitante, ya por la anemia determinada por la persistencia de ciertas alteraciones funcionales del organismo, ya de una manifestacion sintomática secundaria de la modificacion impresa á la constitucion por condiciones higiénicas nuevas y desfavorables (6). En fin, hay casos de *hematocele catamenial* de Trousseau) en que la hemorragia retro-uterina procede de la mucosa de la trompa ó del pabellon de este conducto, produciéndose solo por la exageracion del orgasmo menstrual (7).

3.° *Causas ocasionales.*—Tales son: el exceso del cóito, sobre todo durante la menstruacion; la aplicacion de un cuerpo frio sobre los órganos genitales y las inyecciones frias, sobre todo despues de las reglas; las heridas del útero, las tentativas de aborto, las maniobras de obstetricia determinadas por un parto laborioso; quizá la permanencia muy prolongada de los pesarios y del enderezador intra-uterino, las caidas sobre las nalgas, los golpes sobre el abdómen, las sacudidas del cuerpo, las emociones morales vivas en el momento de las reglas (Nonat).

Debemos indicar tambien las operaciones verificadas para curar las imperforaciones de la vulva, de la vagina y del cuello del útero. En estos casos, cuando se ha abierto una salida á la sangre menstrual retenida en el útero, las contracciones de esta víscera se activan y hacen refluir sangre por las trompas distendidas, y aun arrojarla fuera (Bernutz).

(1) W. F. Barlow, *Cas d'hémorrhagie utérine dans lequel le sang s'était échappé trèsprobablement à travers la trompe de Fallope* (*The London and Edinburgh monthly Journal*, 1841, p. 877, y *The Lancet*, 1839-1840, vol. I, p. 327).

(2) Bernutz y Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 447.

(3) West, *Diseases of Women*, London, 1858, p. 455, 2.ª edicion.—G. Bernutz y E. Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 462.

(4) G. Bernutz y E. Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 463 y siguientes.—Nonat, *Traite pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1860.— Viguès, tésis inaugural. Paris, 1850, p. 49.—A. Voisin, tésis inaugural, obs. VII, p. 94.

(5) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 3.ª parte, obs. XXI, página 769.

(6) Heurtaux, observacion publicada en el núm. 50, por A. Voisin, (tésis citada), página 3.—Silvestre, observacion publicada por A. Voisin (*loc. cit.*, p. 98).—Viguès, tésis citada, obs. II, p. 7.

(7) A. Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, 2.ª edicion, capítulo XXXVII, pág. 600.—Heurtaux, observacion publicada por A. Voisin (tésis citada, obs. XII, página 116), y Oulmont, *Bulletins de la Societé médicale des hôpitaux de Paris*, tomo IV, p. 21.

4.° *Causas predisponentes*.—En la *edad* de treinta años es en la que parece están mas expuestas las mujeres al hematocele retro-uterino (A. Voisin).

§ IV.—Anatomía patológica.

«Ya proceda la sangre de los ovarios, de las trompas ó del útero, cae naturalmente detrás del ligamento ancho, en el espacio peritoneal retro-uterino, limitado por delante por los ligamentos anchos y el útero, y por detrás por el recto y los repliegues laterales del peritoneo, y por todos lados por la serosa. En la parte superior este fondo está abierto y comunica ampliamente con el resto de la cavidad abdominal.

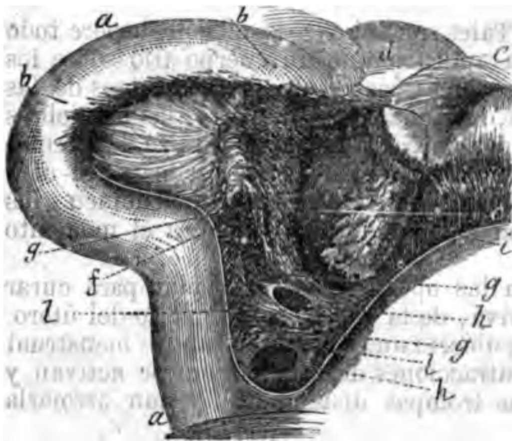


Fig. 49.—Hematocele retro-uterino, visto de atrás adelante. Dibujo trazado segun una pieza recogida en la visita del doctor Oulmont.—*a*, *a*, *a*, recto desprendido en parte de adherencias normales y dirigido á la izquierda con objeto de demostrar la cavidad retro-uterina por su cara posterior; *b b*, adherencias fibrinosas que unen esta porcion del recto al asa del intestino delgado *c*; *c*, asa de intestino delgado formando una parte del fondo de la bolsa retro-uterina; *d*, vejiga; *a*, útero visto por su cara posterior y cubierto de productos fibrosos; *f*, trompa uterina izquierda dilatada y sujeta por las adherencias *g*, *g*, *g*, formando un tabique fibroso perfectamente organizado, que divide la bolsa retro-uterina en dos mitades, que solo se comunican por los agujeros *h h*; *i*, trompa uterina derecha dilatada; *l l*, peritoneo pelviano cubierto de depósitos fibrinosos (Augusto Voisin).

»En algunos casos raros, la sangre se dirige en parte al intervalo véxico-uterino, pero en muy escasa proporcion, en relacion á la masa derramada detrás del útero.

»Apenas caen en la cavidad de la serosa algunas gotas de sangre, se inflama aquella, dando por resultado el establecimiento de adherencias entre los órganos pelvianos ó á lo menos entre sus cubiertas peritoneales (fig. 49).

»Las asas intestinales se rechazan al estrecho superior por el líquido derramado, ó se une por su propio peso.

»El foco sanguíneo se enquista rápidamente por la energía de la inflamacion de la serosa y por la formacion de adherencias celulosas. Las paredes del tumor se encuentran limitadas por delante; por los ligamentos anchos, por detrás, por el recto y el peritoneo, por debajo

por el fondo de saco útero-rectal, por arriba por las asas intestinales, por su adherencia con el fondo del útero, los ligamentos anchos, los ovarios, las trompas, los ligamentos redondos y el peritoneo que tapiza las partes laterales de la pélvis, constituyen para el quiste una expecie de estuche resistente.

»A veces el tumor se dirige á las fosas ilíacas y se enquista del mismo modo á espensas de las asas intestinales.

»La cavidad del quiste puede quedar unilocular, pero lo mas comun es que pase de un punto á otro por cavidades y tabiques celulo-fibrinosos que se organizan y se hacen fibrosas, siendo á veces tan tenues, que en algunas autopsias se han considerado como formados por tejido subseroso, haciendo creer que se trataba de un hematocele sub-peritoneal.

»Sucede, por último, en la cavidad pelviana, lo que en la pleura y en la acrenoides inflamadas.

»En algunos casos la sangre dilata los orificios peritoneales de las trompas y aun estos conductos se hacen parte integrante del quiste. La inflamacion no hace impermeable el conducto y queda libre la comunicacion con la cavidad uterina.

»La sangre obra de diverso modo segun procede de los vasos capilares (excluyo las venas que no producen nunca el hematocele), ó venga de una vexícula ovárica ya alterada ó de la cavidad uterina donde debe pertenecer cierto tiempo.

»En el primer caso se coagula la parte líquida, se absorbe, y el coáguló queda para desaparecer á su vez. Sin embargo, á veces no es completa la absorcion y la sangre derramada forma tumores fibrosos que se encuentran en época muy lejana del principio de la afeccion, cuando se restablece la salud de las enfermas.» (A. Voisin.) La parte sólida de la sangre se convierte en copas fibrosas estratificadas sobre las paredes del quiste; la parte serosa se absorbe poco á poco, á menos que una nueva hemorragia no venga á distender y romper el saco. Esta rotura, bajo un nuevo efecto hemorrágico, suele ser una de las causas mas frecuentes de muerte; así se suelen encontrar habitualmente coágulos recientes derramados en el interior del peritoneo y una bolsa sanguínea que independiente de los coágulos mas recientes, contiene los antiguos ya fibrinosos. Con frecuencia esta bolsa contiene en lugar de coágulos un líquido seroso negruzco, de aspecto de chocolate mal cocido y de olor muy fétido; este estado del líquido sanguíneo es la consecuencia de una inflamacion prévia del saco (Gallard). La fibrina y los glóbulos se reblandecen; examinados al microscopio, los glóbulos sanguíneos aparecen en efecto flojos y deformados; está depositada la hematoidina, resultado de la alteracion de la hematosina. Si la absorcion de la sangre se detiene, la masa líquida tiende á aumentar, á supurar y fraguarse un paso por la ulceracion al través de las paredes que la rodean. En resúmen, cuando la sangre sale de los vasos ó bien se absorbe en

el sitio del derrame, ó bien despues de descomponerse tiende á salir de la cavidad. (A. Voisin.)

»En el segundo caso, la sangre, sea que se escape, sea que provenga de una vexícula primitivamente afectada, se encuentra alterada por su permanencia fuera de los vasos. Es por su composicion mas irritante que la sangre pura, y tiende á provocar una peritonitis mas intensa, una exudacion considerable de serosidad inflamatoria y por consiguiente á trasformarse en pus y fraguarse mas tarde una via al exterior.» (A. Voisin.)

Añadiremos á lo que precede que suelen encontrarse en el foco sanguíneo fetos, huevos enteros con todas sus membranas ó embriones medio en putrefaccion. (Gallard.)

Se ha insistido mucho sobre el asiento anatómico del quiste sanguíneo. Si es lo mas comun encontrarle en el interior de la cavidad peritoneal, puede hallarse tambien fuera del peritoneo; una de sus paredes puede estar formada por la trompa, puede situarse en el ovario, etc. Por último, puede encontrarse en todos los puntos en que se pueden formar los embarazos extra-uterinos, y en su misma proporcion de frecuencia. (Gallard).

§ V.—Síntomas.

Invasion.—En la mayor parte de los casos se observan en las enfermas síntomas precursores; al cabo de algunos dias de malestar, que no saben á qué atribuir, despues de haber tenido hasta entonces sus reglas con regularidad, ven sobrevenir alteraciones en la menstruacion; ó bien las reglas se suprimen de pronto, ó, por el contrario, se presenta metrorragia mas ó menos abundante, que en algunas dura muchas semanas. En otras la cantidad de sangre vertida es menor y no llega á la acostumbrada, pero la hemorragia se repite cada dos ó tres dias; despues desaparece el flujo sanguíneo y sobrevienen dolores en el abdómen, y sobre todo en el bajo vientre. Las enfermas experimentan en esta parte la sensacion de un peso considerable, y de un cuerpo que presentará tendencia á salir por la vagina; los dolores aumentan y suelen hacerse tan intensos que obligan á las enfermas á acostarse, siendo dolorosos los menores movimientos. (Vigués.)

Síntomas.—El *dolor expontáneo* persiste en un grado bastante considerable, y presenta exacerbaciones á veces muy notables en la época de las reglas; fuera de estas épocas solo existe una tension ó molestia mas ó menos grande en el abdómen. El *dolor provocado* es muy grande en algunas circunstancias. La *palpacion hipogástrica*, la *percusion*, el *tacto vaginal*, el *rectal* y la *introduccion del espéculum*, se hacen difícil y á veces imposible.

Si el dolor no es tan intenso que impida la *palpacion* de la region hipogástrica, se puede sentir un *tumor* que pasa á veces el estrecho abdominal, y se dirige de preferencia á la fosa ilíaca derecha. Este

tumor es liso, redondeado, sin abolladuras, pudiendo limitarse en toda su circunferencia, excepto por debajo, donde penetra en la cavidad pelviana. Presenta en general poca mobilidad, se encuentra como enclavado en la pequeña pélvis; las paredes abdominales se deslizan sobre él sin adherirse, su consistencia es bastante grande, puede á veces percibirse la fluctuacion esplorado por la pared abdominal. La percusion da un sonido á macizo en toda su extension, y en su contorno sonido timpánico debido á la presencia de los intestinos distendidos por gases.

El *tacto vaginal* da á conocer á una altura mas ó menos grande de este conducto y á veces muy cerca de su orificio, un tumor liso, redondeado, resistente, que se encuentra *entre el útero y el recto*, y por lo comun mas á la derecha que á la izquierda.

Resulta que la *vagina está estrechada*, permitiendo á veces con dificultad la introduccion del dedo.

Combinando el tacto vaginal con la palpacion hipogástrica, se siente que el movimiento impreso por el dedo al elevar el tumor se trasmite á la mano colocada en el hipogástrio.

Al mismo tiempo puede sentirse *fluctuacion* mas ó menos evidente, y este fenómeno se percibe mejor cuando se introducen en la vagina los dedos índice y medio.

Hay otro modo de coger el tumor que no debe descuidarse. Si se introduce un dedo *en el recto*, y otro *en la vagina*, se percibe el tumor renitente y liso que los separa. El *tacto rectal* solo permite dirigir el dedo á mas altura á lo largo del tumor, y asegurarse que se dirige por encima del estrecho superior, apoyándose mas ó menos en la pared anterior del recto.

El *tacto vaginal* sirve tambien para reconocer la *posicion del útero*. Este se encuentra rechazado adelante y arriba, y el cuello, á veces difícil de alcanzar, se dirige contra la parte superior del púbis.

Combinando el tacto con la palpacion hipogástrica, se previenen los movimientos impresos al útero por el dedo introducido en la vagina, propagándose á una parte distinta del tumor, que es el cuerpo, y que los movimientos no afectan al tumor mismo. A veces en la parte anterior del gran tumor se percibe otro mas pequeño separado por un surco, que es el cuerpo del útero.

El *espéculum* puede introducirse cuando el dolor es poco considerable. En un caso (1) el cuello estaba situado muy alto y rechazado adelante y á la izquierda, siendo menester introducir profundamente el instrumento en esta direccion para descubrir el cuello, que estaba aplanado y acortado aunque la mujer no habia tenido hijos.

La *percusion* que conviene practicar con el mayor cuidado, da á conocer el hipogástrio, y principalmente en una de las fosas ilíacas una zona en que se produce sonido á macizo con la convexidad su-

(1) Observado en el hospital de Beaujon.

perior, y á su alrededor el sonido claro producido por los intestinos henchidos de gases.

Conviene, para que se produzcan estos signos con claridad, vaciar antes el intestino recto con una enema, y por medio de la sonda.

La compresion ejercida por el tumor sobre los órganos inmediatos determina síntomas de importancia. Por parte del recto, un *extreñimiento* pertinaz, y de la vejiga unas veces *retencion de orina* y otras *emision frecuente, difícil y dolorosa.*

Las enfermas, durante las exacerbaciones, se colocan en *decúbito dorsal, los miembros inferiores en flexion sobre la pélvis.*

En las vias digestivas se observa *anorexia*, *náuseas*, *vómitos biliosos*, *sed intensa* y el *extreñimiento* ya indicado. El *vientre* se hace voluminoso, no solo por el tumor, sino tambien por el acúmulo de gases.

En el *útero* se observan desarreglos menstruales indicados ya al hablar de la invasion; supresion de las reglas (*amenorrea*), ó lo que es mas frecuente, hemorragias (*menorragias*), que se detienen de pronto al aparecer los demás síntomas.

El *pulso* está frecuente y en general poco desenvuelto. Sobrevienen al cabo de algunos dias *debilidad* considerable y *adelgazamiento*. La *cara* está pálida, la fisonomía alterada. Se manifiestan síntomas de *anemia*, y las carnes se ponen blandas y flácidas.

§ VI.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad presenta exacerbaciones y recrudescencias que corresponden con las épocas menstruales. En ciertos casos, el curso es muy rápido; en otros solo despues de mucho tiempo adquiere gran desarrollo. En general decrece en las épocas menstruales.

La *duracion* de la enfermedad no puede precisarse. Si no sobreviene ni evacuacion por una via natural, ni comunicacion con una cavidad cerrada, solo el plan curativo puede terminarla.

La *terminacion* de la enfermedad es muy variable como los accidentes que pueden sobrevenir. Así la coleccion sanguínea puede *en la vagina, en el útero* ó *el recto*, y curarse la enferma, aunque en semejantes circunstancias puede tambien sobrevenir la muerte. Puede producirse una inflamacion en el peritoneo del tumor. Puede romperse este en el peritoneo, produciendo una peritonitis mortal. Por último, la *abertura del tumor por los medios quirúrgicos* puede curar la enferma, pero asímismo puede determinar la muerte, dando lugar á los accidentes de que hablamos en otro lugar.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

El número de enfermedades que presentan alguna semejanza con

el hematocele peri-uterino es algo considerable. Citaremos en primer lugar el *embarazo* del tercero al cuarto mes; pero basta recordar en este caso que no hay mas tumor que el producido por el útero..

No sucede lo mismo con el embarazo *extra-uterino* (1), que se ha designado con el nombre de subperitoneo pelviano. El diagnóstico, en semejante caso, es difícil, porque existe un tumor semejante al descrito anteriormente, dando lugar á síntomas análogos. Hé aquí los principales signos que es menester notar: 1.°, fluctuacion mas marcada en el tumor sanguíneo; 2.°, facilidad de conocer, en algunos casos, las diversas partes del feto, y de producir el peloteo; 3.°, sobre todo, la rapidez con que se forma el tumor. A pesar de estos signos distintivos, el diagnóstico diferencial presenta grandes dificultades y puede producir muchas causas de error.

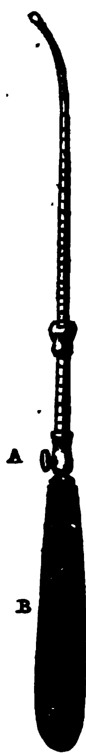


Fig. 50—Sonda intra-uterina de Valleix.

Los medios de diagnóstico indicados en el artículo consagrado á la *retroflexion* impedirán la confusion con esta afeccion. Basta, en efecto, introducir la sonda uterina (figura 50) para elevar el útero dislocado y desvanecer las dudas.

En cuanto á los *quistes del ovario*, cuando se sitúan detrás del útero pueden inducir á error; pero estos quistes no se desarrollan por la parte de la vagina para disminuir su calibre. La exploracion es medianamente dolorosa, y la marcha de la enfermedad es lenta, por cuya razon difiere completamente del hematocele peri-uterino.

El diagnóstico de esta afeccion y del *flemon periuterino* es algo mas difícil. «Sin embargo, al principio el flemon está constituido por un tumor generalmente circunscrito, duro, caliente, doloroso al tacto, sobre el que se perciben latidos arteriales, y va acompañado de fenómenos febriles muy marcados; mientras que el tumor del hematocele es difuso, muy voluminoso, blando ó fluctuante, apenas sensible al tacto; no da lugar á latidos arteriales perceptibles, ni va acompañado de indicios de fiebre. Pero mas tarde, si el tumor supera forma un tumor mas voluminoso, que se hace á la vez blando, pastoso, fluctuante; mientras el hematocele que se enquista, y cuyos productos se alicorvan, disminu-

(1) Recordaremos la opinion de Gallard sobre el orígen de los *hematoceles periuterinos espontáneos* (*Arch. gen. de med.* 5.ª série, t. XVI, p. 685. Paris, 1860). Segun este autor, todo hematocele que no es ni traumático ni accidental depende únicamente de una perturbacion del ejercicio fisiológico de las fracciones genitales. Esta perturbacion no difiere en nada de la producida por los embarazos extra-uterinos; así la coleccion hemática puede presentar tantas variedades como el mismo

ye de volúmen, se circunscribe, se hace duro y por la flegmasía que produce en el peritoneo provoca la produccion de latidos arteriales, análogos á los del flemon, determinando un movimiento febril mas ó ménos intenso. No es, pues, por el exámen de los signos físicos por los que deben encontrarse las diferencias de separar el flemon del hematocele, sino en el conjunto de la enfermedad, principalmente en el estudio de los conmemorativos, y aun así deberá siempre dudarse y abstenerse en decidirse hasta haber observado por algunos dias la marcha del padecimiento.» (Gallard.)

En cuanto á la *hidrómetra*, *tumores* de diversa naturaleza desarrollados en las paredes uterinas, la *ascitis*, el *aneurisma de la iliaca interna*, son sus síntomas tan diversos de la enfermedad que estudiamos que no debemos detenernos en ellos.

Segun Trouseau (1), «si el *dolor* es *muy vivo* y la *palidez poco marcada*, y al mismo tiempo que el pulso es filiforme, depresible y se manifiestan vómitos, hay lugar á suponer que la *hemorragia es poco abundante*, que su sitio es en la *cavidad peritoneal*, y su *orígen probable el ovario.* En efecto, la hemorragia, en estos casos, deberá ser poco abundante, porque dependerá de la rotura de un quiste ovárico ó de un ovario desorganizado, y la sangre vertida en estos casos ha sufrido modificaciones expeciales, y su naturaleza irritante dará lugar á los síntomas de peritonitis. Por el contrario, la hemorragia será catamenial, *abundante*, si se observa una *palidez extrema* ó *un dolor* abdominal *poco considerable*; la hemorragia será entonces *suministrada por la trompa* y *su pabellon.* En efecto, la palidez será extrema, porque la membrana mucosa de la trompa puede dar lugar en algunos instantes á una hemorragia considerable; miéntras que el dolor será poco marcado, porque en estos casos la sangre poco modificada produce poca irritacion su acumulacion en la cavidad peritoneal.

Pronóstico—Las circunstancias que pueden hacer fatal la terminacion, aun despues de la abertura del tumor, hacen presentir que el pronóstico tiene cierta gravedad. Si el tumor es muy voluminoso, si

embarazo extra-uterino. Estos hematoceles pueden producirse aun en ausencia de la concepcion, pero el mecanismo mediante el que se forman es siempre el mismo, resultan de una migracion incompleta ó defectuosa, sea del óvulo, sea de la sangre que se vierte en el ovario despues de la dehiscencia del óvulo, y *es lo cierto que se producen con mayor facilidad y frecuencia cuando ha habido concepcion*, que en caso contrario. El hematocele peri-uterino *expontáneo* no es, pues, otra cosa que una ovulacion extra-uterina. Puede producirse siendo el óvulo fecundado ó no, pero es mucho mas frecuente si ha habido fecundacion, existiendo entonces verdadero embarazo extra-uterino. Así Gallard (*loc. cit.*, p. 701) no procura establecer el diagnóstico diferencial entre el hematocele y el embarazo extra-uterino, «porque en vano se buscará un signo, por ligero que sea, sobre el que se pueda fijar el diagnóstico; y no es esta una de las menores razones que pueden invocarse en favor de la idea de asimilar los hematoceles peri-uterinos á los embarazos extra-uterinos.»

(1) Trousseau, *Clinique médicale*, 2.ª edic., t. III, p. 607, Paris, 1865.

determina una inflamacion en su contorno, si despues de su abertura el flujo se hace sanioso y fétido, y si los síntomas generales en vez de disminuir rápidamente adquieren nueva intensidad, la gravedad del pronóstico se hace muy considerable.

El pronóstico no puede ser igual para las diversas clases de hematoceles.

El que Trousseau llama *catamenial* no tiene gravedad segun él. «Si la hemorragia no es considerable, se ve muy pronto disminuir el volúmen del tumor, el dolor desaparece y el útero recupera su posicion normal. Si por el contrario, la hemorragia es abundante, el tumor, no solo tiene mucha mas extension y comprende mayor parte del peritoneo, sino que determina una extrema anemia que dispone á nuevas hemorragias de la trompa, las que durante muchos meses pueden aumentar el tumor é impedir su resolucion.»

Relativamente á los hematoceles extra-peritoneales, numerosas observaciones establecen la frecuencia de la inflamacion consecutiva del tejido celular subperitoneal, y la tendencia á abrirse en el útero ó en la vagina; modo de terminacion expontánea que enlaza por lo general como consecuencia la infeccion general de la economía.

§ VIII.—Tratamiento.

1.° *Tratamiento médico.*—Al principio de todo hematocele el médico puede tener dos condiciones principales que llenar: *combatir la hemorragia, oponerse á la peritonitis.*

Si la hemorragia amenaza continuar, es menester recurrir á los hemostáticos locales y generales; posicion elevada de la pélvis, aplicacion del hielo sobre el abdómen, administracion de la ratania, del ácido sulfúrico, cornezuelo de centeno.

Si el dolor de la *peritonitis* predomina, es menester calmarla desde luego por los medios narcóticos, estupefacientes; el opio, la belladona, se administran al interior y se usarán en fricciones sobre el abdómen (Trousseau). Conviene además un régimen severo así como los medios siguientes: posicion horizontal, sinapismos ambulantes en los miembros superiores, cataplasmas emolientes, purgantes ligeros (Nonat). Aran (1) aconseja combatir del modo mas enérgico por numerosas aplicaciones de sanguijuelas á la peritonitis, que generalmente se manifiesta desde el principio. Tal es tambien la opinion de Oulmont y de Marrotte.

En cuanto al tratamiento posterior, destinado á prevenir nuevas hemorragias, preconiza Trousseau (2) el uso de los ferruginosos y la quina. Nonat (3) insiste en las emisiones sanguíneas generales, cuando lo permite la constitucion de la enferma. Aconseja desde el

(1) Aran, *Société médicale des médecins des hôpitaux de Paris*, 24 Febrero, 1858.
(2) Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, 29 Junio, 1858.
(3) Nonat, *Gazette hebdomadaire*, 4 Junio, 1858.

principio sangrías de 90 á 100 gramos, repetidas dos ó tres veces al mes, obrando como depletivas ó derivativas.

A las indicaciones que preceden uniremos dos cuadros tomados de Aug. Voisin, y en los que se encuentra reunido el tratamiento médico.

1.° *Terapéutica de los accidentes producidos por la hemorragia.*

a. DE LA PERITONITIS...	*Sanguijuelas al ano ó sobre el vientre* (30 á 80, segun el estado de la enferma y gravedad de los accidentes). *Calomelanos* á dósis fraccionadas, 10 á 30 centígramos divididos en partes de 1 á 5 centígramos durante dos ó tres dias. *Vejigatorios* volantes sobre el hipogástrio. *Opio* en píldoras, pociones, enemas y fricciones. *Belladona.* Emplastos que la contengan. *Agua de Seltz,* helada y pocion de Riverio, *como antiemético.*
b. DEL TUMOR..........	*Emolientes.* Cataplasmas sobre el vientre. *Vejigatorios* volantes sobre el hipogástrio, despues de desaparecer todo síntoma agudo. *Derivativas* sobre el tubo digestivo. Purgantes salinos. Enemas oleosos. *Inmovilidad absoluta* durante el primer mes, hasta despues de la época menstrual que sigue á la invasion.
c. DE LA ANEMIA.......	*Preparaciones ferruginosas.* Hierro reducido por el hidrógeno, 20 á 30 centígramos al dia. *Tónicos.* Vino quinado. Polvo de quina 50 centígramos á 1 gramo al dia. *Alimentacion escogida.*

2.° *Terapéutica preventiva de nuevas hemorragias.*

Tener la enferma en movilidad absoluta y la pélvis elevada.

Cubrir el hipogástrio de compresas empapadas en agua fria y frecuentemente renovadas. En una enferma las aplicaciones de hielo fueron muy útiles.

Preparaciones astringentes, extracto de ratania.

Pociones que contengan veinte gotas de percloruro de hierro.

Medicamentos ácidos, agua de Rabel.

Tónicos antimenorrágicos (Trousseau), quina á dósis de 4 gramos.

Sinapismos á los miembros superiores.

2.° *Tratamiento quirúrgico.*—En las primeras épocas en que se trató el hematocele retro-uterino, se juzgó indispensable la abertura del tumor; pero los graves accidentes producidos, la resolucion expontánea conseguida sin operacion, han inducido á los médicos á respetar estos derrames sanguíneos, y á no emplear mas que un tratamiento médico.

Sin embargo, debemos trascribir las indicaciones del tratamiento

quirúrgico aconsejado por Nélaton, como presentando mas seguridad y conjunto de precauciones racionales. «Acostada la enferma sobre una cama bastante elevada, en decúbito dorsal, las piernas y los muslos en flexion y sostenidos por ayudantes, en una palabra, colocada la enferma en posicion de hacer la operacion de la talla. Se introduce en la vagina un espéculum que permita descubrir el tumor hácia el fondo del órgano y su pared posterior; á veces cuando es muy voluminoso, solo dista del orificio vulvar algunos centímetros. Las estrías trasversales de la mucosa se encuentran borradas. Despues de explorar con el dedo el punto que la fluctuacion es manifiesta, se hace penetrar por este punto un trócar, cuya cánula debe ser bastante larga para dejar fluir el líquido; es menester tener cuidado de que no penetre demasiado el instrumento en la bolsa, para evitar que sea pasada de parte á parte y para no herir un órgano inmediato. Cuando se retira el punzon, sale por la cánula una variable cantidad de sangre líquida, negruzca, viscosa semejante á la melaza. El tumor se vacía en parte, y si el contenido es muy espeso y la abertura estrecha, es menester agrandar el orificio. Para esto se retira la cánula, y se introduce por la abertura hecha con el trócar un litótomo de una hoja, dispuesto préviamente de modo que haga una suficiente dilatacion, lo que se obtiene graduando la extension del movimiento de la hoja por medio de un tornillo. La incision debe tener á lo mas 3 centímetros de extension; se la practica en sentido del eje de la vagina, á fin de no herir las arterias uterinas. Es menester asegurarse bien de que no existen arterias en el punto de la pared sobre la que va á hacerse la incision. Esta no debe ser demasiado considerable ni profunda para evitar la herida del recto. Por esto el litótomo es preferible al bisturí, con él se puede dar á la incision la longitud que se juzgue conveniente, pues que al introducirle se gradúa la separacion de la hoja que corresponde á la extension de la herida. Con el bisturí, por el contrario, no se tiene esta precision; un movimiento brusco de la enferma puede hacer prolongar la incision y herir un órgano inmediato, el recto por ejemplo.

«Por esta nueva incision acaba de salir el líquido que existia en el tumor; se introduce el dedo en su cavidad, y se reconoce el espesor de sus paredes, la existencia de coágulos y su adherencia á las paredes, los que pueden hacerse salir por medio de inyecciones. Recamier recomienda hacer, mientras que sale el líquido por la abertura del tumor, una ligera compresion sobre el abdómen para facilitar la salida del líquido por la vagina, y despues se continúa mediante compresas graduadas y vendaje de cuerpo, con objeto de disminuir en todo lo posible el peligro de la entrada de aire en el foco; lo que expone á graves accidentes, como la alteracion del líquido, la inflamacion de las paredes del tumor, y por último, en la absorcion pútrida. Para evitar tambien la introduccion del aire, se recomienda mantener la bolsa del tumor llena de agua, para lo que se

hace el final de la inyeccion con un poco de fuerza y se coloca á la enferma con la pélvis elevada. Se harán con cuidado en el foco inyecciones templadas, emolientes, que se repetirán varias veces al dia para vaciar la cavidad del tumor del líquido y coágulos que tienden á alterarse muy pronto en contacto del aire.

»La cantidad de sangre líquida que sale por la vagina varía segun el volúmen del tumor y época mas ó menos lejana de su formacion. A veces solo salen algunas cucharadas de líquido, y el resto del tumor está formado por coágulos; otras, por el contrario, salen por la incision 500 y aun 1.000 gramos de sangre líquida. La sangre que sale tiene en todos los casos las mismas condiciones; negra, de una viscosidad considerable, se coagula con dificultad al contacto del aire y puede, como hemos dicho, compararse á la melaza.

»A veces, cuando el tumor es muy considerable, los coágulos muy adherentes ó muy altos, no basta el dedo para alcanzarlos y separarlos. Se puede entonces hacer uso de una cucharilla de diverso tamaño, y por medio de ella desprender los coágulos que saldrán del quiste por medio de inyecciones. Despues de haber incindido y vaciado la bolsa sanguínea, conviene siempre introducir el índice en su cavidad, no solo para apreciar el grueso de sus paredes, sino para averiguar si hay en su superficie algun otro tumor, como sucedió en una de nuestras observaciones, y como deberá suponerse, cuando despues de la operacion, queda igual el volúmen del vientre y los síntomas generales no disminuyen de intensidad. En este caso es indispensable asegurarse si este tumor está formado por un nuevo tumor sanguíneo, ó si depende, por ejemplo, del acúmulo de materiales fecales, á consecuencia del extreñimiento existente tiempo antes. Cuando haya certeza en el diagnóstico se obrará con este derrame sanguíneo como con el primero; solo que será menester mas prudencia, á causa de su mayor profundidad, y por lo tanto por el peligro de herir órganos inmediatos. Si los síntomas generales conservan su intensidad, por la presencia de este nuevo tumor, no deberá tardarse en hacer la nueva abertura, sin que el tumor pueda ulcerar el intestino, abriendo una via al líquido que contiene; lo que determinaria accidentes, por el paso al foco del tumor de las materias fecales.

»Cuando algunos dias despues de la operacion, el líquido que sale del tumor habrá, como hemos visto, cambiado de naturaleza, pudiendo hacerse purulento, fétido, y entonces se sustituirán las inyecciones emolientes por un *líquido desinfectante*, el *agua clorurada*, por ejemplo, á fin de deterger el foco purulento. Es menester levantar las fuerzas de la enferma por medio de *preparaciones tónicas*, *vino de quina*, etc. En estos casos podrá explorarse la cavidad del tumor con una cucharilla, con objeto de *eliminar los coágulos adherentes* profundamente colocados y que amenazan entrar en putrefaccion. . . . .

»Además de estos medios locales, que se emplean despues de la operacion, es menester combatir los síntomas generales que pueden seguir á la abertura del tumor. Si existen aun síntomas de peritonitis, se pondrán en uso moderadamente las *evacuaciones sanguíneas* á causa de la debilidad extrema que presenta la hemorragia de las enfermas. Es preferible, en estos casos, emplear las *unturas mercuriales* sobre el vientre, y la administracion de los *calomelanos al interior*. Se sostendrá el movimiento de vientre por medio de *purgantes* ó *enemas*. Las funciones rectales no tardan en restablecerse despues de la evacuacion del tumor. Las *pociones opiadas*, las *cataplasmas laudanizadas* sobre el abdómen se emplearán cuando permitan los dolores. Los vómitos se combatirán con el *hielo*, el *agua de Seltz*; despues, cuando la fiebre desaparece, se sostendrán las fuerzas de la enferma con un *régimen tónico* que se graduará sucesivamente para reparar las pérdidas sufridas.»

Las indicaciones de la intervencion quirúrgica son, segun Voisin, la violencia de los dolores, el desarrollo del tumor y el temor de la rotura de las adherencias que le enquistan.

Pero aparte de estas circunstancias excepcionales, debe recurrirse exclusivamente al tratamiento médico.

CAPÍTULO V.

Enfermedades del ovario.

ARTÍCULO PRIMERO.

OVARITIS.

Se ha dividido la ovaritis en *simple* ó *idiopática*, y en puerperal, dividiéndose esta en *puerperal propiamente dicha* y en *post-puerperal* (Chomel). Se ha descrito tambien una ovaritis *sintomática* de otra afeccion. Trataremos solamente de la ovaritis simple que termina casi siempre por resolucion. En cuanto á las demás formas de ovaritis que producen casi constantemente la supuracion, el absceso de la fosa iliaca que por lo general su consecuencia domina esta circunstancia tanto el interés práctico que la descripcion de la inflamacion del ovario se describirá mas ventajosamente con este motivo.

1.° OVARITIS AGUDA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Chereau (1), que ha reunido las observaciones de ovaritis mas

(1) Chereau, *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*. Paris, 1844.

importantes; solo ha citado siete casos de este género, y aun leyéndolos con detencion no se puede prescindir de conservar dudas respecto á algunos de ellos. Por nuestra parte sólo hemos observado uno de que hablaremos mas adelante.

§ II.—Causas.

Las *causas* de la inflamacion idiopática del ovario son de las mas oscuras. Chereau ha referido algunos casos en los que le ha parecido que los *esfuerzos de la menstruacion* en los cuales, segun investigaciones interesantes hechas recientemente, hay congestion sanguínea del ovario, pueden dar orígen á una flegmasía del órgano congestionado. El hecho necesita, sin embargo, nuevas observaciones. El mismo efecto produce la *supresion repentina de los ménstruos*, segun dos observaciones que ha citado Chereau (1). Copland (2) ha indicado una ovaritis *reumática*, pero nada prueba que en este caso entrase por algo el principio reumático en el desarrollo de la enfermedad. Louis (3) ha hallado en muchos casos de afecciones febriles un poco de rubicundez y de tumefaccion de los ovarios, pero nunca lesiones bastante graves para merecer una descripcion particular.

B. Béraud y B. Ball han escrito una ovaritis varicosa que, segun Béraud (4), puede como la orquitis de este nombre (5) afectar dos formas, una periférica y otra parenquimatosa.

Se han citado tambien como causas de la ovaritis los *golpes*, las *caidas*, las *heridas* y el uso de los *afrodisiacos;* pero no se han aducido hechos en apoyo de estas causas.

Algunas veces resulta la ovaritis de la *estension al ovario de una inflamacion blenorrágica*, de lo cual ha citado el doctor Bourand (6) ejemplos interesantes.

Por último, hay que convenir en que á veces aparece la ovaritis *sin causa apreciable*, como lo he observado en una mujer de mas de sesenta años, en la que, como veremos mas adelante, no era dudosa la existencia de una ovaritis.

El ovario puede inflamarse *en el curso de una calentura puerperal*, pero entonces constituye una afeccion secundaria. Igualmente puede aparecer en este órgano *algun tiempo despues del parto* una inflama-

(1) Chereau, *loc. cit.*, p. 131.
(2) Copland, *Journal médico-chirurgical*. Lóndres, 1830.
(3) Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2.ª edicion. Paris, 1841, 2 volumes in-8.
(4) B. Béraud, *Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses* (*Arch. gén. de méd.*, 1859, t. I, p. 588).
(5) Gosselin, Anotaciones al *Traité des maladies du testicule*, de Curling, página 278. Paris, 1857.—B. Béraud, *loc. cit.*—Véase tambien t. IV, p. 666, artículo ORCHITE.
(6) Bourand, *tésis*. Paris, 1847.

cion que termina por resolucion ó por supuracion. El segundo caso es el único que nos ocupamos aquí.

La ovaritis desarrolla principalmente durante el gran período de la menstruacion; sin embargo, el hecho que acabamos de citar prueba que no faltan excepciones á esta regla.

§ III.—Síntomas.

En todos los casos que se han citado ha habido un *dolor expontáneo*, hasta el punto de ser enteramente insoportable para la enferma un tacto un poco graduado sobre la region ilíaca afectada. El dolor expontáneo puede irradiarse á los lomos y hasta á los muslos, y á veces es pulsativo. Los movimientos de la extremidad inferior causan dolor en la parte enferma, y el miembro permanece inmóvil y medio doblado.

En una de las fosas ilíacas, y muy rara vez en las dos al mismo tiempo, se presenta un *tumor*, cuyo volúmen comparan generalmente los autores al de un huevo de gallina, pero que puede, como lo hemos observado, ser mas considerable en el principio de la enfermedad. Los autores no han indicado con mucha exactitud la posicion de este tumor. En los hechos que cita Chereau, se dice que era *movible*, y solo en algunos que podia limitarse, de modo que dejaba percibir la figura del ovario tumefacto. Hé aquí lo que se ha notado en el caso que hemos tenido ocasion de observar: los dos primeros dias hallamos en la fosa ilíaca derecha un tumor que tenia 6 ó 7 centímetros de diámetro, y que ocupaba esta region de modo que no quedaba ningun intervalo entre el tumor y el hueso ileon correspondiente. El tumor estaba inmóvil y hemos creido en la formacion de un flemon de la fosa ilíaca aun no supurado; despues se limitó el tumor y quedaba un intervalo blando entre este y el hueso ileon, y se notaba una dureza ovóidea perfectamente limitada. Los dias siguientes disminuyó el tumor rápidamente de volúmen, de modo que en diez ó doce dias habia desaparecido completamente, sin evacuacion de ninguna expecie. En una observacion recogida por Harisson (1) se dice que el tumor estaba situado por debajo de la protuberancia del sacro, lo cual me parece difícil de concebir.

El *tacto por el recto* puede ser útil para reconocer la posicion del tumor; pero no hallamos en las observaciones datos suficientes acerca de este punto.

El tumor es *resistente*, y da por la *percusion* un sonido á macizo que debe hacerse con suavidad en los primeros tiempos á causa del gran dolor que ocasiona.

Cuando aparece la enfermedad despues del parto, los síntomas locales son los mismos en el principio; en efecto, nada ofrece de par-

(1) Harisson (de Luoisville), *The American Journ, of the med. sciences*, 1835.

ticular bajo este punto de vista mas que la terminacion por supuracion en ciertos casos.

Los demás síntomas locales que indican algunos autores eran dependientes de lesiones de los órganos inmediatos, y pertenecian por consiguiente á complicaciones de que no debemos ocuparnos aquí.

Los *síntomas generales* son muy variables segun los casos. Si la enfermedad ha aparecido expontáneamente, puede ocasionar tan solo un simple *malestar* y un movimiento febril insignificante. Cuando sobreviene durante una menstruacion difícil, hay signos de la *dismenorrea* y además, una calentura bastante manifiesta (Chereau); la calentura con *quebrantamiento de miembros*, *cefalalgia*, *sed* y *trastornos digestivos* acompañaba á las ovaritis desarrolladas á consecuencia de una supresion de las reglas. Finalmente, todos saben que la ovaritis que se manifiesta en el puerperio determina una calentura semejante á la que produce la metritis. En todos estos casos puede haber un *extreñimiento* pertinaz, resultado de la compresion que el tumor, cuando es considerable, ejerce sobre el intestino.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es contínuo, y su duracion de uno á dos setenarios cuando termina por resolucion; en el caso contrario, se forma un *absceso*, de que nos ocuparemos mas adelante (1). Segun algunos autores, la *terminacion* por un absceso que nunca se ha observado en los casos de ovaritis idiopática, no es la única que debe temerse; pues puede tambien *gangrenarse* el ovario; pero no se han citado casos de ovaritis simple que hayan terminado de este modo.

Luton (2) ha publicado la relacion de un caso seguido de muerte en que se produjo una hemorragia intra-peritoneal difusa que tuvo un punto de partida en un ovario alterado por la inflamacion.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Para la *ovaritis variolosa*, el pronóstico comparado al de la orquitis del mismo nombre, ofrece una gravedad mayor segun Beraud. Hay una inflamacion que se declara en una gran membrana serosa, y que localizada en un principio en un punto, puede invadir las partes inmediatas y determinar una verdadera peritonitis (3). El signo principal que sirve para poder distinguir esta enfermedad antes de la supuracion *de un flemon de la fosa iliaca* es la figura del tumor que es ovóideo y circunscrito; pero este signo no siempre se observa. El que hemos indicado, y que consiste en un intervalo entre el tumor y el hueso ileon, es muy importante y nunca se encuentra en los absce-

(1) Véase el artículo INFLAMACION DE LAS FOSAS ILÍACAS INTERNAS.

(2) Luton, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 2.ª série, t. II, año 1855, p. 129.

(3) Béraud, *loc. cit.*, p. 592.

sos; pero como ya hemos dicho tambien, este intervalo no es sensible hasta despues de algunos dias. Si siempre fuere así, me parece seria muy difícil distinguir antes de esta época la ovaritis del flemon de la fosa ilíaca. No debe omitirse el tacto por el recto, que puede permitir apreciar la figura del tumor en los casos en que no se le percibe fácilmente al través de la pared abdominal.

El *pronóstico* es poco grave cuando la enfermedad se ha desarrollado fuera de la época del parto; mas en el caso contrario es de temer la supuracion, cuyos peligros daremos á conocer mas adelante.

§ VI.—Tratamiento.

La *sangría* y *sanguijuelas* en mayor ó menor número, segun las fuerzas de las enfermas, y especialmente segun la intensidad de los fenómenos locales y generales, los *emolientes*, algunos *narcóticos*, la *dieta*, la *quietud* y los *purgantes* mas ó menos enérgicos para combatir el extreñimiento, tales son los únicos medios de que se ha hecho uso, y que han sido suficientes en los casos de ovaritis simple. Si tarda en verificarse la resolucion, se aconseja recurrir á las *fricciones mercuriales*, y á los medicamentos llamados *fundentes*, etc.; pero carecemos de buenas observaciones que nos den á conocer los casos de este género. En los casos en que en una mujer afectada de viruelas sobrevenga dolor en las fosas ilíacas ó sus inmediaciones, Béraud aconseja no detenerse en disponer una aplicacion de sanguijuelas en relacion con la constitucion, despues fricciones con ungüento mercurial y pomada de belladona y cubrir la region con cataplasmas emolientes.

2.° OVARITIS CRÓNICA.

Los autores que consideran las diversas degeneraciones de los ovarios como consecuencia de una ovaritis crónica, han creido necesariamente que esta enfermedad era bastante frecuente; pero nada prueba que su opinion sea fundada, á lo menos en el mayor número de casos.

Nos faltan observaciones por las cuales pudiésemos trazar la historia de esta enfermedad, á la cual se atribuyen por *síntomas* un dolor sordo, con tumefaccion mas ó menos considerable de un ovario ó de ambos á la vez. Este dolor, en algunos casos, aumenta al menor movimiento, y á la defecacion y emision de orina. A veces hay tambien diarrea y sudores. Apenas hay fenómenos generales, pero las alteraciones orgánicas pueden percibirse por el tacto rectal (1).

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. fran. Paris, año 1866, p. 597.

ARTÍCULO II.

QUISTES DE LOS OVARIOS.—HIDROPESÍA ENQUISTADA.

Los diversos quistes del ovario deben colocarse entre las enfermedades que interesan mas á la cirujía que á la medicina, y así solo haremos mencion en este artículo de los que corresponden con mas especialidad á nuestro objeto.

1.° QUISTES ANORMALES.

Estos tumores no llegan á adquirir ninguna importancia hasta que se inflaman, y entonces dan lugar á abscesos que reclaman la intervencion de la cirujía (1).

Mencionaremos solamente los *quistes hidatídicos* del ovario, cuya realidad ha sido puesta en duda cuando se han examinado con atencion las observaciones de casos semejantes (2). En cuanto á los quistes anormales descritos con la designacion general de *quistes embrionarios*, recordaremos la division presentada por Velpeau (3) que los ha dividido en tres órdenes. En el *primero* coloca los que al parecer dependen de la misma causa que ha producido el organismo que los contiene; en el *segundo*, los que son el resultado de una fecundacion incompleta, y en el *tercero* coloca aquellos cuyos productos morbosos parecen producciones del saco que los encierra.

El orígen de los quistes anormales del ovario ha sido muy discutido. Segun Fl. Churchill (4), la única explicacion racional que puede darse de la presencia de estos tejidos, es que los gérmenes se han podido encontrar reunidos en la misma vexícula, y mientras que la una es asiento de una hidropesía, la otra se desarrolla parcialmente. Lee, por el contrario, no considera estos singulares productos como ligados á la concepcion; son, segun él, ejemplos de esa monstruosidad descrita por Olivier y Breschet, con el nombre de *diplogénesis por penetracion*. Segun Bauchet (5), que ha reunido todos estos casos bajo la designacion de tumores enquistados embrionarios, unos tienen por punto de partida un embarazo extra-uterino, otros una inclusion.

Los productos que se hallan en estos quistes son, segun su órden

(1) Véase Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XVIII livraison, in-folio, pl. color.

(2) L. J. Bauchet, *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections*. Memoria premiada por la Academia de medicina, el 14 de Diciembre 1858. (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1859, t. XXIII, p. 65.—Véase tambien la Bibliografía presentada por Churchill, 605).

(3) Velpeau, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t XXII, p. 581.

(4) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*. Paris, 1866, p. 605.

(5) Bauchet, *loc. cit.*, p. 66.

de frecuencia, pelos, dientes, grasa que los envuelve, fragmentos de hueso, otros que tienen el aspecto del tejido muscular, de la piel, etc.

Estos quistes forman tumores *indolentes*, á no ser que ocurran accidentes particulares; ocupan una extension bastante considerable de la parte inferior del abdómen, tienen bastante dureza, pero por lo comun diversa en los diferentes puntos, dan á la percusion un sonido á macizo, y tienen su raíz en una de las fosas ilíacas.

Las mujeres no experimentan ordinariamente ninguna incomodidad, pero repetimos que estos tumores pueden inflamarse y dar orígen á *abscesos* que se vacian al exterior, en los intestinos, en la vagina, etc., y los restos de materia organizada que entonces salen dan á conocer la naturaleza del tumor.

2.° QUISTES SEROSOS Ó HIDROPESÍA ENQUISTADA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *quistes del ovario* ó *hidropesía enquistada* á una afeccion, en la cual contiene este órgano un líquido cualquiera en una ó mas cédulas que en él se han formado. Esta definicion prueba ya que no se trata de una hidropesía ordinaria, puesto que el líquido contenido en los quistes no es, ni con mucho, siempre seroso.

La hidropesía del ovario no es una enfermedad rara, sin que no obstante podamos colocarla entre las afecciones crónicas que se observan con mas frecuencia.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Las *causas* de esta afeccion son muy oscuras. Entre las *predisponentes* se ha puesto la *edad* de veinte á cuarenta y cinco años, pero no tenemos acerca de este punto una estadística de hechos concluyentes. Se ha dicho tambien que una circunstancia que favorece mucho su produccion es haber tenido *una ó mas preñeces anteriores*, y las *relaciones sexuales* (Lisfranc). Pero nada tiene de sorprendente que la enfermedad aparezca las mas veces en las circunstancias en que casi todas las mujeres se hallan colocadas. Nada prueba mejor la ligereza con que han sido estudiadas estas cuestiones que semejantes proposiciones, cuya ingenuidad es casi increible. Segun Meckel, esta enfermedad aparece con mas frecuencia en el ovario izquierdo que en el derecho; pero resulta de una estadística que ha presentado el doctor Bloff (1), que de cincuenta y cuatro casos, treinta y uno residian en el ovario derecho, y solo vein-

(1) Bloff, *Journal l'Expérience*, t. I.

litros en el izquierdo. No hay duda de que seria útil que el número fuese mucho mayor; pero los que ha reunido el autor que acabamos de citar demuestran, cuando menos, que la asercion de Meckel tiene gran necesidad de pruebas.

2.° *Causas ocasionales.*—Las *causas ocasionales* son, segun los autores, las *violencias exteriores*, los *escesos venéreos*, y todo lo que puede ocasionar la *inflamacion* de los órganos genitales; pero nada menos probado que la exactitud de estas aserciones.

§ I.—Lesiones anatómicas y fisiología patológica.

I. Los caractéres exteriores, suministrados por la *disposicion del tumor*, han permitido dividir los quistes del ovario en muchos grupos (1):

«1.° *Quistes ováricos inuloculares*, en los que el ovario se convierte en una bolsa fibrosa, ó mas exactamente en un saco fibro-seroso muy resistente, que adquiere á veces el volúmen del útero en el último mes del embarazo y aun mas.

»2.° *Quistes ováricos multiloculares*, constituidos por un número mas ó menos considerable de distintas bolsas sin comunicacion unas con otras, estos quistes presentan además muchas variedades. La disposicion mas general es aquella en que existe un quiste principal y muchos secundarios. Es raro encontrar muchos quistes de un volúmen casi igual.

»3.° *Quistes ováricos areolares ó vexiculares*, en los que el ovario se trasforma en una masa areolar, de mallas ó vexículas de diversas capacidades comunicando unas con otras, y llenas de una materia filamentosa como la clara de huevo, ó la consistencia de miel, ó á veces la de la jalea.

»4.° *Quistes ováricos compuestos;* en algunos hay asociacion de un quiste unilocular ó de un quiste multilocular con la expecie areolar ó vexicular. Puede decirse de un modo general, que en todos los casos en que existe el tejido areolar ó vexicular, el líquido del quiste unilocular ó multilocular participa de la naturaleza del líquido del tejido areolar, y por consiguiente es siempre viscoso. Sucede á veces que la parte unilocular ó multilocular del quiste es completamente distinta de la parte areolar ó vexicular.» (J. Cruveilhier).

II. Si considerados bajo el punto de vista de las *condiciones orgánicas*, entre los que toman orígen ciertos quistes multiloculares estudiados por Delpech (2) y J. Cruveilhier (3), han parecido constituir una especie de cáncer á la que el último de estos autores, que

(1) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1856, t. III, página 398.
(2) Delpech, *Chirurgie clinique*, t. II, p. 521.
(3) J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, en fólio, t. II, entrega XXV, *Maladies de l'ovaire*.

la considera como una alteracion de las extremidades venosas, ha dado el nombre de *cáncer areolar*; hoy á lo menos la opinion mas general es que en la mayoría de los casos, los quistes del ovario, sean simples ó múltiples, provienen de una modificacion de las vexículas de Graaf.

Resulta además de las diversas investigaciones histológicas emprendidas sobre esta cuestion, y en particular de las de Fox (1) que á pesar de la posibilidad de establecer muchas variedades entre los quistes del ovario presentan sin embargo todos la misma estructura. Presentan una pared formada de un tejido conectivo ó fibroso, representando mas ó menos exactamente, segun su espesor, los caractéres principales de la trama ovárica, y una capa epitélica presentando algunas variedades en el volúmen y carácter de las células.

La pared externa, cubierta por la superficie peritoneal, se divide por lo comun en dos capas: una externa, mas resistente, densa, formada de fibras anchas; otra interna mas blanda, conteniendo en sus mallas areolares de fibras, gran número de núcleos prolongados y fibro-células con vasos numerosos. En el espesor de la pared se encuentran pequeños quistes haciendo prominencia hácia fuera ó adentro. (W. Fox). Las venas tienen sobre las arterias un predominio muy considerable y están dispuestas por lo comun en dos capas muy distintas. La una de estas, superficial y muy considerable, se compone de gruesas venas cruzadas en el espesor de la capa fibrosa superficial, teniendo mucha analogía con los senos de la dura madre; y, como en ellos, parecen reducidos á su membrana interna; se puede decir que estos vasos están situados inmediatamente debajo del peritoneo. Las venas de la capa profunda están, por el contrario, muy poco desarrolladas, pero son por lo general muy numerosas. Las arterias son relativamente mucho menos considerables. Los únicos de estos vasos que parecen justificar la opinion de Delpech (2) ocupan la parte mas inferior del tumor y su pedículo, y por lo tanto no podrian ser atacados por la paracentesis. (J. Cruveilhier.) En la pared interna, las células epitélicas parece que se continúan por gradaciones insensibles con las del tejido conectivo de la pared. En algunos casos hay regeneracion epitélica, con caida del primero en el contenido de los quistes; cuando esta regeneracion no se efectúa, la pared queda desunida y susceptible de modificaciones ulteriores. Las células del tejido conectivo pueden á su vez sufrir degeneracion grasienta, y aun la petrificacion por líneas oplacas. Estas alteraciones nos dan explicacion de la rotura de las paredes de los quistes, comunicándose entre sí y nos da razon de sus diversos aspectos.

(1) Wilson Fox, *On the origin, structure and mode of development of the cystic tumours of the ovary* (extr. del t. XLVII de *Transactions médico-chirurgicales*. Lóndres, 28 Junio 1864, con tres láminas).

(2) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 523. Hooper, *Morbid anatomy of the human Uterus*, lámina XII.

Los quistes mas anchos (*parent cysts*, de W. Fox) presentan con frecuencia ciertas *excrecencias* que provienen de su interior, y que les ha merecido el nombre de *quistes proligeros* (1). Entre estas excrecencias, llamadas *papilares (en coliflor ó dendriticas)* quedan en sus bases espacios que pueden cerrarse por la fusion de las partes inmediatas por la influencia de la presion ejercida por el líquido. De aquí un modo de formacion de los *quistes compuestos* que pueden actuar como quistes primitivos, pero cuyas paredes están unidas por la presion que sufren. A veces la fusion no se verifica mas que por partes; existen alrededor de las papilas espacios areolares, que comunican por una y otra parte con la cavidad general, y aparecen llenos de una masa análoga al queso podrido, procedente de la degeneracion *en masa* de las papilas secundarias.

Independientemente de las prolongaciones papilares, se encuentran tambien en el interior de los grandes quistes excrecencias vellosas y glandulares que con frecuencia se observan á la par. Mientras que las prolongaciones papilares se forman de tejido conectivo, las vellosidades que contienen son casi exclusivamente formadas por vasos; cuando son flojas no dan lugar á la produccion glandular que se observa, por el contrario en las de estructura apretada.

Lo que distingue de las otras glándulas las producciones glandulares que se observan entonces, es que además de la existencia de muchas capas epitélicas que les pertenecen, hacen de la superficie por la prolongacion de las vellosidades y del estroma intermedio, de modo que circunscriben tubos que son tanto mas largos cuanto mas crezcan las vellosidades. Los quistes derivados de estas excrecencias glandulares pueden formarse de varios modos: 1.° por oclusion del orificio, consecutivamente al crecimiento y fusion de dos vellosidades próximas que se desarrollan ulteriormente; 2.° porque la glándula se divida en cavidad cerrada engruesada de un tabique desarrollado á espensas de su pared merced á *quistes terciarios*.

«No considerando la pared de los quistes mas que como acabamos de estudiarla, se encuentran quistes mas pequeños, del tamaño de un grano de mijo ó de adormideras, en parte salientes en el quiste, en parte introducidos en su pared, y el microscopio hace descubrir un gran número mas pequeños, á la par que descubre la existencia de una cavidad en su interior.» Estos quistes existen cerca de los puntos en que nacen las producciones glandulares, y se presentan raras y diseminadas. Parece nacen de la trama ovárica *procedentes de una evolucion ulterior*, y por último contienen y obliteran los orificios de las glándulas entre sus capas. Antes de adquirir crecimiento, pueden estos quistes presentar la degeneracion adiposa, y si esto se verifica estando ya desarrollados, pueden comunicarse unos

(1) Quistes uniloculares vegetantes, de J. Cruveilhier. (*Traité d'anatomie pathologique génerale*. t. III, p. 399).

con otros, de lo que depende el aspecto areolar *(quistes areolares)*.

En fin, hay pequeños quistes que presentan una ó varias prolongaciones representando una série de porciones extranguladas que parecen formar cavidades cerradas. Estas producciones, segun W. Fox, han comenzado por una alteracion de las vexículas de Graaf.

Independientemente de estas variedades de orígen, «los quistes parietales, cuando se abren al exterior, dan á la superficie peritoneal un aspecto velloso; las vellosidades están desprovistas de su epitelio, y no se sabe si tienen ó no aptitud para contener adherencias con las superficies inmediatas.» Pero lo que parece resultar de las investigaciones de Fox, es que *todo quiste, aun los aislados en masas complejas, pueden hacerse punto de partida de una formacion de quistes múltiples, punto de gran interés cuando se discute el valor relativo de la puncion y de la extirpacion* (1).

III. El estudio de las bolsas quísticas y de las condiciones orgánicas que parecen darlas orígen ó favorecer su desarrollo, debe completarse por el de su *contenido*.

Las cavidades de los quistes tienen una capacidad en extremo variable, pues se han encontrado que apenas admitian el dedo pequeño, y otras que podrian contener 50 kilógramos de líquido y aun mas, y contienen una materia que varía segun los casos y en todos conceptos. A veces existen gases debidos á la descomposicion de esta materia, lo que generalmente se encuentra es una masa líquida, unas veces blanca, trasparente y flúida como agua, otras una serosidad cetrina, algunas lactescente, y á veces espesa, gelatinosa, de color de café ó de chocolate. En ocasiones se encuentra una materia semilíquida, semejante á la miel, la cola, el sebo, la grasa, etc. La cantidad de la materia contenida está en relacion con el volúmen del quiste y su capacidad.

El contenido varía tambien, segun la forma del quiste que se examina, así en los uniloculares (á excepcion de la variedad llamada *quiste vegetante* (en la que el líquido es por lo general viscoso), el producto es por lo comun seroso, y por lo tanto de una evacuacion fácil y completa. El líquido es generalmente seroso en los quistes multiloculares.

Las cavidades de los quistes areolares ó vexiculares están llenas de una materia filamentosa como la clara de huevo, presentando la consistencia de la miel ó de la jalea; cualidad física que unida á la estrechez de comunicacion de las diversas cavidades entre sí, hace rechazar la puncion que solo produciria la emision de algunas cucharadas de líquido.

El estudio del contenido es, pues, segun la justa observacion de

(1) Ch. Périer, Análisis del trabajo citado por Wilson Fox. *(Journal de l'anatomie et de la physiologie*, por Ch. Robin, t. II, p. 326, Paris, 1865.)

J. Cruveilhier (1), una cuestion de la mayor importancia, pues los puntos de diagnóstico que hay que resolver en los quistes del ovario son los siguientes:

»1.° El quiste, ¿es unilocular, es multilocular? Y en este último caso, ¿existe una cavidad principal?

»2.° El quiste ovárico, ¿es areolar ó vexicular en totalidad ó en parte, y en qué proporcion?

»3.° Relativamente á la calidad del líquido, ¿es seroso, viscoso, ó gelatiniforme?»

Debemos hacer observar, desde ahora, que al principio de la enfermedad el líquido puede parecer contenido en una sola vexícula, aunque existan muchos departamentos internos, y que en realidad estos quistes son multiloculares. Sin embargo, no es siempre así; el líquido puede ocupar una gran cavidad sóla, y aunque existan otros pequeños quistes, comunican entre sí y dan el résultado de un quiste unilocular. Cuando hay muchas células pueden ó no comunicar entre sí.

Es una gran ventaja cuando existe la comunicacion, porque una sola puncion permite salir todo el líquido (fig. 51), como si solo hubiese un saco único (2).

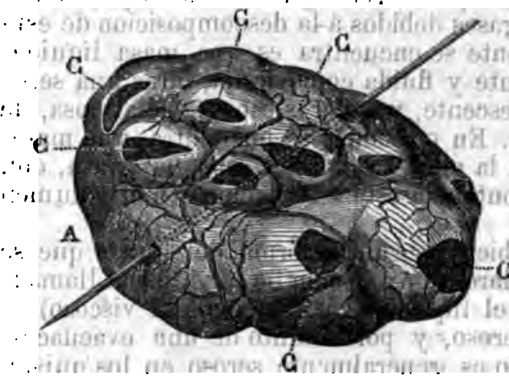


Fig. 51.—Hidropesía enquistada del ovario.—A, gran quiste á través del cual se ha pasado un estilete.—C C C, pequeños quistes, primero independientes unos de otros, y despues comunicando generalmente, segun una pieza depositada en el Museo Dupuytren, número 469.

IV. Además del líquido contenido en la cavidad quística, simple ó compuesta, se observa casi siempre, sobre todo en la raíz del tumor, cierta cantidad de materia sólida que puede llegar á un grado tal de desarrollo, que forme una gran parte del tumor haciendo disminuir notablemente su cavidad (Fl. Churchill). En un caso observado por J. Cruveilhier (3), independientemente de los pequeños tu-

(1) J.Cruveilhier, *loc. cit.* t, III, p. 403.

(2) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. fran., Paris, año 1866, p. 696.

(3) J. Cruveilhier, *loc. cit.* t. III, p. 421.

mores areolares, de forma esferoidal, que hacian prominencia en la cara interna de un quiste unilocular vegetante; las paredes de la bolsa contenian en su espesor una torta areolar que tenia la forma, aspecto y diámetro de la placenta. J. Cruveilhier, que ha observado con frecuencia esta disposicion, hace observar que seria funeste en estos casos que penetrara el trócar por el punto ocupado por esta torta areolar.

V. Bajo el punto de vista práctico, *las relaciones del ovario enfermo con los órganos inmediatos*, merecen estudiarse por su importancia. La hidropesía puede además afectar ambos ovarios á la vez (1) ó bien uno solo; pero es raro que presente el mismo desarrollo en ambos lados; así es que uno de los ovarios puede llenar todo el abdómen, miéntras que el otro apenas alcance el volúmen de una naranja. (Fl. Churchill.)

Los quistes del ovario están casi constantemente en *relacion inmediata* en toda su altura con la *pared abdominal anterior*, y rechazan arriba las asas intestinales. Solo el epiplon se interpone á veces, permaneciendo unido á la pared abdominal, á la que le habia adherido préviamente el desarrollo del quiste (2).

Generalmente el quiste está libre de toda adherencia con las paredes abdominales, aun en el punto que ha perforado la puncion, lo que sin duda depende de la falta de paralelismo despues de la puncion entre el punto perforado de la pared abdominal y el del quiste. (J. Cruveilhier.)

Excepto en algunas excepciones, el útero está por lo general colocado delante de la parte inferior del quiste ovárico, al que con frecuencia se adhiere por bridas celulares mas ó menos apretadas, lo que parece depender de la situacion del ovario en el pliegue posterior del ligamento ancho. Con frecuencia se suelen observar en estos casos dislocaciones uterinas ó deformaciones, entre las que figura la prolongacion, á veces muy notable, produciéndose casi exclusivamente á expensas del ángulo uterino correspondiente al ovario enfermo.

La trompa uterina correspondiente participa de la posicion del útero, y como este se encuentra por lo comun delante del quiste, al que acompaña en gran parte, á la manera de una banda muy oblícuamente extendida de abajo arriba, y de fuera adentro. El pabellon de la trampa le acompaña en su prolongacion, y se presenta bajo el aspecto de un repliegue fasciforme, casi siempre libre y á veces adherente al tumor.

Miéntras que el ligamento redondo correspondiente al quiste no presenta nada de particular, el del lado sano se encuentra considerablemente hipertrofiado, en longitud y volúmen, lo que parece de-

(1) Osiander, *Neue Denkwürdigkeiten*, 1799, t. II.—Joerden, *Hufeland's Journal*, t. II.

(2) E. Cloquet, *Bulletins de la Société anatomique*, año 1841, p. 111.

pender de la traccion ejercida por el ovario enfermo sobre el útero, y por lo tanto, sobre el ligamento redondo. (J. Cruveilhier.)

En el lado enfermo, unas veces no se encuentra vestigio de ovario, y otras lo que queda del órgano aparece como un nudo sobre las paredes del saco, haciéndose á veces estos nudos cartilaginosos ú oseos. (Fl. Churchill.)

«El intestino delgado está siempre rechazado arriba y atrás por el tumor; y cuando el quiste del ovario llega al epigástrio, el intestino delgado ocupa casi todo el hipocondrio izquierdo por delante y por debajo del estómago.

»El arco del colon participa de la parte del intestino delgado en su mitad izquierda; su mitad derecha se aloja en el hipocondrio derecho por debajo del hígado. El ciego, el colon ascendente y descendente, la S ilíaca y el recto quedan los únicos en su sitio (1), y la posicion del intestino grueso detrás del quiste puede determinarse por la percusion de las regiones lumbares. (J. Cruveilhier.)

De lo que antecede se deduce, que la compresion del intestino, y por lo tanto la retencion de materias fecales, solo puede verificarse en la parte del intestino grueso que permanece en su puesto; en un solo caso J. Cruveilhier ha observado la estrangulacion del intestino grueso por un quiste del ovario (2).

§ IV.—Síntomas.

Invasion.—Uno de los primeros síntomas de la existencia de un quiste en el ovario es un *dolor sordo*, una dificultad, obstáculo, peso, una especie de tirantez hácia las fosas ilíacas, sensacion que se manifiesta sobre todo antes ó despues de las épocas menstruales. Este síntoma, cuyo poco valor al principio (si se trata de formular el diagnóstico) permite considerar esta invasion como latente en la mayoría de los casos, adquiere mas adelante una significacion importante. Cuando el vientre adquiere mas desarrollo, por su disposicion uniforme, no permite reconocer, ni por la vista, ni por la palpacion, en qué lado ha tomado orígen la enfermedad; el asiento primitivo del dolor, da á conocer el lado en que ha comenzado el quiste, indicando al operador el sitio en que deberá practicar la puncion. (Boinet.)

Enfermedad confirmada.—Estudio sintomático de su desarrollo.—A medida que el tumor, *contenido todavía en la pélvis*, adquiere mayor desarrollo, se aumenta el peso, el extreñimiento y las hemorroides. La presion sobre el recto impide el paso de las materias fecales, lo que produce la *distension* de los intestinos, así como una causa análoga determina la dilatacion de los uréteres. En algunos casos, la

(1) Cruveilhier ha observado un caso en el que el ciego y el colon ascendente no ocupaban su sitio acostumbrado, sino la parte superior del abdómen (*loc. cit.*, t. III, p. 412.

(2) Cruveilhier, *loc. cit.*, t. III, p. 412.

presion ejercida por el tumor impide el que se vacíe la vejiga (1). El *tacto* da á conocer un tumor entre la vagina y el recto, y si las paredes son delgadas, se percibe la fluctuacion. El orificio uterino puede estar en su lugar normal un poco descendido ó elevado, rechazado á uno ú otro lado, segun el sitio y dimensiones del tumor que por otra parte no es sensible á la presion. Introduciendo el dedo en el recto por encima del tumor, se encuentra el cuello del útero fácil de distinguir del ovario hipertrofiado. Es importante distinguir ambas partes, para no incurrir en el error de considerar la afeccion como una retroversion del útero.

Mas tarde aparece en una de las fosas ilíacas un tumor que, generalmente indolente, provoca, sin embargo, á veces dolores extremadamente vivos. En un caso observado por Valleix, una jóven que tenia un quiste del ovario derecho, del tamaño de la cabeza de un feto, y experimentaba en la fosa ilíaca é hipocondrio del mismo lado dolores que se disipaban despues de dos ó tres dias de duracion, para reproducirse despues de un espacio de tiempo mas ó menos considerable.

El tumor indolente, ó no es apreciado por la mano, lobulado ó redondeado, y presenta una resistencia igual, elástica. Con frecuencia sobrepasa los púbis ó llega hasta el ombligo, sin que la enferma se dé cuenta de su desarrollo; al cabo de cierto tiempo, el abdómen presenta una disposicion uniforme y el volúmen de un embarazo avanzado, circunstancia que puede favorecer la confusion. Pero si el quiste ha continuado desarrollándose, su volúmen se hace mas considerable, aumenta la tension del abdómen, se dificulta la respiracion, se manifiestan desarreglos funcionales en los órganos abdominales, y entonces las enfermas empiezan á inquietarse, y consultan al médico. En estas circunstancias, la *presion*, la *percusion*, y los *grandes movimientos* y la *fatiga* causan por lo comun un poco de dolor en la region que ocupa el tumor; pero esto casi nunca sucede mas que cuando es bastante voluminoso para distender el abdómen.

La *palpacion* del vientre solo ofrece algunos datos cuando el tumor ha llegado á adquirir cierto volúmen, y entonces se le percibe con su figura mas ó menos redondeada y presentando diversos caractéres, segun su volúmen. *Si es de mediano volúmen*, es decir, que no excede, por ejemplo, del volúmen de la cabeza de un feto, se le nota perfectamente bien circunscrito en uno de los lados del abdómen, y apretando con fuerza con el borde cubital de la mano sobre la pared anterior de esta cavidad, se le puede tocar por el lado del ombligo donde se halla su fondo globuloso. Pero no debe contentarse el médico con esta exploracion, sino seguir la tumefaccion hasta la fosa iliaca, donde puede asegurarse de que existe la raíz del tumor que

(1) Robert Lee, *Cyclopædia of pract. med.*, art. *Diseases of the Ovaria*.—Burns; *The principles of Midwifery*, p. 155.

es lo que mas interesa para el diagnóstico. *Si, por el contrario, el tumor tiene un gran volúmen* y distiende mucho la pared abdominal, es mas difícil circunscribirle; pero poniendo un poco de atencion se puede reconocer en casi todos los casos que un lado del abdómen está mas estirado, mas duro y resistente que el otro, y que una de las dos fosas ilíacas está flexible, al paso que la otra donde radica el tumor es muy resistente.

La simple *inspeccion* del abdómen es con frecuencia muy útil para reconocer la naturaleza de la enfermedad. El vientre se encuentra deformado, el lado que ocupa el tumor es mas prominente que el otro. Sin embargo, en las jóvenes y en las que no han tenido hijos, es á veces difícil conocer en qué lado ha comenzado el tumor, porque á la par que este crece, son rechazados al lado opuesto los intestinos, de suerte que el abdómen queda tenso (Boinet).

La *percusion* viene en estos casos en ayuda de la palpacion. En la hidropesía del ovario los intestinos son empujados del lado opuesto al tumor, y presentan por este lado del vientre un sonido claro, al paso que en el opuesto es á macizo (1). Si se hace con cuidado la percusion, se halla en la fosa ilíaca en que ha empezado el tumor un sonido á macizo manifiesto, y por el contrario, en la opuesta hay resonancia; tratando despues de buscar el límite superior del sonido á macizo, se observa que está separado de la resonancia de los intestinos por una línea curva cuya convexidad mira hácia arriba, línea que va á perderse en el lado que ocupa el tumor, dejando el otro libre en una extension mayor ó menor. Cuando el tumor es sumamente considerable, estos signos son menos fáciles de conocer; pero entonces se nota que los intestinos han sido empujados á un punto lateral del abdómen, y si además se hace variar la posicion de la enferma, *no sobreviene ningun cambio en el nivel del líquido.*

Sin embargo, cuando presentan las paredes del vientre cierta laxitud, frecuente en las mujeres que han tenido muchos hijos, y cuando el vientre no es muy voluminoso, el tumor puede dislocarse cuando la mujer adquiere una posicion derecha ó izquierda, sintiéndose una especie de ondulacion (2) (Boinet).

Estos signos son igualmente mucho mas oscuros cuando la enfermedad ocupa los dos ovarios; pero en estos casos, que no son ni con mucho los mas frecuentes, aun cuando la mayor parte de los autores hayan asegurado que cuando la afeccion ocupa un ovario no tarde en invadir el otro, la *palpacion* y la *percusion* ofrecen otros recursos, porque nunca los dos tumores tienen igual volúmen, y con

(1) Rostan, *Mémoire sur les moyens de distinguer l' hydrocèle enkystée de l'ascite (Nouv. Journal de méd.*, t. III, et *Traité du diagnostic).*

(2) Nos limitamos aquí á esta sola indicacion: el estudio de los datos suministrados por la *fluctuacion* nos parece debe hacerse cuando tratemos de las diversas formas de quistes ováricos y de los medios apropiados para reconocerlos.

notar la gran irregularidad de la tumefaccion que producen, se obtiene un signo de suma importancia para el diagnóstico.

Hemos visto anteriormente que cuando ha habido ocasion de examinar la enferma en una época en que el ovario enfermo estaba (como el útero, grávido en los primeros tiempos del embarazo) contenido aun en la escavacion de la pélvis, el tacto practicado bajo diversas formas ha podido dar á conocer con alguna exactitud la naturaleza de la lesion. Pero sea que no se haya podido verificar esta primera exploracion, sea que se vea á la enferma por la primera vez, hay una faz en desarrollo de los tumores ovarios en el que asciende á la region ileolumbar adquiriendo un desarrollo mas ó menos considerable (siempre semejante al embarazo), y entonces el tacto vaginal y el rectal no darán ningun signo de los indicados anteriormente (1). Sin embargo, cuando el tumor ovárico ha adquirido en la *pélvis mayor* un desarrollo muy pronunciado al tacto vaginal, puede aun prestar alguna utilidad. Ayudará en efecto á conocer en qué lado ha comenzado la enfermedad, porque entonces, á causa de su mismo desarrollo, el quiste atraerá á su lado el fondo de la matriz, dándola una posicion oblícua tal, que su cuello está opuesto á su fondo; si el uno está á la derecha el otro á la izquierda y recíprocamente. (Boinet).

La compresion que el tumor ejerce sobre los intestinos, sobre todo cuando está situado á la izquierda, suele producir un *estreñimiento* pertinaz, y á veces ocasiona por su accion sobre la vejiga conatos frecuentes de orinar y hasta la *disuria*. En un caso en que habia quistes en ambos ovarios, habia una presion de los dos uréteres, y consecutivamente doble pielonefritis crónica (2).

Estos son los síntomas que se observan cuando el tumor ovárico no pasa de un mediano volúmen; pero si este es bastante considerable para que el abdómen se halle muy distendido, aparecen otros dependientes de la compresion de los diversos órganos. Empujados los intestinos y no pudiendo dilatarse el estómago, resultan *trastornos manifiestos en la digestion*. La repulsion de las vísceras abdominales se hace sentir sobre el diafragma, que solo se contrae de un modo muy incompleto, por lo cual los pulmones no pueden dilatarse bastante, y de aquí el *obstáculo á la respiracion* y *circulacion* que sobreviene en esta época.

Un síntoma que no debe echarse en olvido y que se observa cuando el tumor tiene un volúmen algo considerable, es un *ruido de fue-*

(1) Mas tarde, por el contrario, cuando alcanzan un período mas avanzado en su desarrollo, el tumor ovárico (como el útero en estado de gestacion, cediendo á su peso, desciende á la escavacion pelviana, y en este punto puede el tacto vaginal y el rectal adquirir de nuevo una importancia que volveremos á encarecer al tratar de algunos puntos del diagnóstico.

(2) Rayer, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1.ª série, t. IV año 1852, p. 37.

lle que se produce en cada pulsacion arterial, y que se ha notado en cierto número de casos. Interesa mucho para el diagnóstico tener siempre presente la posibilidad de este síntoma.

La compresion que ejerce el tumor sobre las venas gruesas de la pélvis puede dar orígen tambien al *edema de las extremidades*, á una *flebitis* y á la *flegmasía blanca dolorosa.*

Por último, á veces aparecen *dolores intensos de naturaleza neurálgica*, resultado de la compresion de los ramos que van á formar el gran nervio ciático.

Independientemente de estas alteraciones sobrevenidas en algunos de los principales aparatos de la economía, la salud general que ha podido permanecer sin alterarse por mucho tiempo acaba por comprometerse mas tarde. «La enferma presenta crísis con dolores abdominales y fiebre, lo que indica que el tumor presenta inflamacion parcial que puede terminarse por supuracion y producir fiebre héctica. La crísis puede ser violenta, acompañada de vómitos, de sensibilidad exagerada del vientre, fiebre intensa, y en poco tiempo una terminacion funesta; ó bien hay dolores muy intensos, que duran poco tiempo y que van acompañados de aniquilamiento momentáneo. En muchos casos estos síntomas agudos no se presentan, y la enferma solo experimenta alguna dificultad hasta el dia en que el tumor llega á ser muy voluminoso, impidiendo la respiracion y determinando una sensacion penosa de distension. En este momento la constitucion desmerece y los fenómenos hidrópicos se producen en todas partes. Las paredes abdominales son á veces tan sensibles, que no pueden soportar la menor presion. La enferma adelgaza, pasa las noches sin sueño, y al fin es presa de la fiebre, pierde el apetito y muere en medio de una disnea intensa y de dolores muy violentos (1).»

§ V.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad es ordinariamente lento y contínuo. En algunos casos ha llegado el tumor á adquirir un volúmen muy considerable en pocos meses; pero estos casos son sumamente raros, pues casi siempre se necesitan muchos años para que el quiste llegue á distender considerablemente el abdómen. Algunas veces despues de haber hecho el tumor rápidos progresos, permanece estacionario, y aun esto durante años enteros hasta que su incremento recibe un nuevo impulso sin que sea posible adivinar la causa.

La *duracion* es por lo comun muy larga, y se han visto mujeres que tenian hácia treinta ó cuarenta años tumores ováricos sin sufrir grandes incomodidades cuando su volúmen no era muy considerable.

Si en algunos casos raros, puede verificarse la resolucion del tu-

(1) Burns, *Principles of Midwifery*. Lóndres, 1843, p. 154.

mor por la *absorcion del líquido* (1), la enfermedad puede *terminar* por la muerte, terminacion que depende ó del desarrollo extraordinario del tumor de que resultan los accidentes que dejamos citados, ó lo que es mas raro, de una inflamacion desarrollada, bien expontáneamente, bien por una rotura del quiste en el abdómen, ó en fin, á consecuencia de una de las operaciones de que hablaremos mas adelante. Sin embargo, la rotura del quiste en el peritoneo no es tan grave como pudiera creerse, segun se deduce de los hechos que han citado Bonfils (2) y Camus (3).

En algunos casos á consecuencia de un estado inflamatorio mas ó menos estenso, se forman adherencias entre el quiste del ovario y las partes inmediatas (4), colon (5), vejiga (6), etc. El tumor se abre á veces en uno de estos órganos, y el líquido se vierte por esta via, y la enferma se ha curado por algun tiempo, y á veces para siempre.

Adolfo Richard ha referido cinco observaciones de comunicacion establecida entre el ovario y la trompa de Falopio correspondiente (7): el líquido se vertia por esta via como en los casos de Morgagni (8), de Frank (9), de Follin y de Boivin y Dugés (10).

§ VI.—Diagnóstico.

El diagnóstico de los quistes del ovario no puede trazarse de un modo absoluto, pues muchas circunstancias pueden hacer variar las condiciones en las que á la cabecera de la enferma hay necesidad de formularle. En efecto, los quistes ováricos, segun ciertas particularidades de su estructura (11), dan lugar á síntomas diferentes, y estas

(1) Nauche, *Maladies propres aux femmes*, vol. I, p. 174.—Véase tambien *Medic. Gazette*, 18 Julio 1836.—Helmann, *Siebold's Journal*, t. II, caso 3.°
(2) Bonfils, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. IX, p. 192.
(3) Camus, *Revue médicale*, 1844.
(4) Seymour, *On diseases of the Ovaria*, p. 55.
(5) Denman, *Med. and Phys. Journal*, t. II, p. 20.—Boivin y Dugés, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 537.—En una mujer, cuya observacion se tomó del *Northerly Journal (Bulletin de thérapeutique*, t. XXXVI, p. 235, 15 marzo 1849), se produjo la *curacion por la abertura expontánea del quiste en la vejiga.* Los únicos síntomas indicados fueron la abundancia, color amarillo y viscosidad de la orina, la presencia de pus en este líquido; caractéres evidentemente debidos á su mezcla con el líquido del quiste. (Valleix).
(6) Monro, *Essais et observations de la Société de médecine d'Édimbourg.* Paris, 1840, t. VI, p. 397.—Boivin, *Recherches sur l'avortement.* Paris, 1828, p. 103, 131.
(7) Adolphe Richard, *Note sur les kystes tubo-ovariens (Bulletin de l'Academie de méd.*, Paris, 1855-56, t. XXII, p. 356.—*Mémoires de la Soc. de chirurg.*, Paris, t. III, entrega 2.ª).
(8) Morgagni, *De sedibus et causis morborum* (2.ª carta).
(9) Frank, *De curandis hominum morbis*, libro VI, par I.
(10) Boivin y Dugés, *Traité des maladies de l'utérus*, t. II.
(11) Véase § III, pág. 347.

mismas diferencias encuentran una aplicacion práctica importante, cuando se ha podido precisar rigurosamente el asiento exacto del tumor en el ovario, pues si no se han podido apreciar estas útiles nociones pueden confundirse las diversas formas de quistes con estados patológicos muy diferentes entre sí. Así es como un quiste en que la fluctuacion es el síntoma mas culminante, deberá distinguirse de los diversos derrames líquidos del abdómen; mientras que otros, reuniendo muchos síntomas que caracterizan los tumores sólidos de la misma cavidad, deberán separarse de estos últimos.

Antes que hayan podido producirse confusiones de este género, y debido eliminarse en la época en que el *quiste ovárico está contenido en la excavacion de la pélvis* se procurará distinguirle de la *retroversion del útero*, sea practicando el tacto rectal, sea por medio del cateterismo uterino.

Segun Fl. Churchill (1), se le distinguirá tambien de la *hidropesía de las trompas de Falopio*, por la exploracion minuciosa, por la vagina y el recto, así como por la observacion de los síntomas mas culminantes, tales como el peso, la presion sobre la parte posterior, la disuria, el estreñimiento; en fin, la movilidad de los quistes del ovario impide confundirlos con los *tumores situados en el tejido celular útero-rectal*.

Un estado fisiológico, que por mucho tiempo se confunde por las enfermas, y algunas veces por el médico, con la afeccion que nos ocupa, es el *embarazo ordinario*. Sin embargo, sea que el límite del tiempo haya sobrepasado el período ordinario de la gestacion, sea que algunas alteraciones inesperadas llaman la atencion de las enfermas, vienen á consultar al médico y el diagnóstico suele en ocasiones ser difícil. En general, en el caso de embarazo uterino, el tumor globuloso tiene su raiz detrás de los pubis, y así mientras que el hipogastrio se obtiene por la percusion un sonido á macizo, en las fosas iliacas (desocupando de su asiento el intestino) dan un sonido claro mas ó menos manifiesto; por el contrario en el quiste ovárico, y



Fig. 32.—Útero grávido de todo tiempo con su doble oblicuidad y su inclinacion á la derecha. (Lazarus Pozard.)

(1) Fl. Churchill, loc. cit., p. 614.

este es un punto capital en que no se ha insistido bastante, hay un sonido á macizo muy pronunciado en la fosa ilíaca donde se encuentra la raíz del tumor, al paso que la otra está sonora en toda su extension. El tumor ovárico se desarrolla casi siempre con una lentitud incompatible con la idea de una preñez, y ocupa uno de los lados del vientre, al paso que el útero despues de la concepcion, se eleva de un modo regular siguiendo la línea media, al mismo tiempo que por lo general se produce una oblicuidad anterior hácia el lado derecho (fig. 52). Finalmente, el tumor ovárico está por lo comun abollado, lo cual no se observa en el útero distendido por el producto de la concepcion, y además por el *tacto vaginal* se nota el estado normal del cuello y del cuerpo del útero que están desarrollados en la preñez.

En una época avanzada de la preñez sobrevienen los dobles latidos del corazon del feto y el ruido placentario. Los primeros disipan todas las dudas, pero no sucede lo mismo con el ruido de fuelle, llamado soplo placentario, porque ya hemos dicho que puede resultar un ruido de fuelle muy perceptible de la comprension por el tumor de un tronco arterial grueso. Bricheteau (1) ha referido una equivocacion de este género: un ruido de fuelle habia hecho creer en una *preñez*, y que era *ovárica*, porque se conocia el asiento del mal; se quiso operar y la enferma murió á los seis dias. El mismo signo pudiera hacer creer en una preñez uterina, pero segun Depaul, se evitará el error recordando que el ruido de fuelle en la preñez no va acompañado de un latido, de un impulso, como el ruido de fuelle arterial.

Por último, mas tarde aparecen en la preñez los movimientos del feto, que ya no dejan ninguna duda.

Mucho mas fácil aun seria el confundir una *preñez tubaria* ú *ovárica* con un quiste del ovario. Las circunstancias en que el tumor se ha desarrollado, como igualmente los signos que da un feto vivo, serán en una época un poco avanzada muy útiles para este diagnóstico, acerca del cual es por fortuna poco comun que sea consultado el médico.

Si merced á los signos que se han mencionado, y á los que puede unirse el *peloteo*, la tumefaccion y sensibilidad de los pechos, puede evitarse un error que pudiera tener graves consecuencias, tomando un embarazo por un quiste del ovario (2), es mas comun el error en sentido contrario. En efecto, por diversas razones, que pueden depender del médico ó de la enferma, es fácil la confusion, y los signos precedentes hacen incurrir en error la sagacidad de los mejores observadores (3).

(1) Bricheteau, *Clinique de l'hôpital Necker.*
(2) Tavignot, *Mémoire sur l' hydropisie enkystée de l'ovaire* (*l' Expérience*, número 160, p. 55, Paris, 1840).
(3) *Gazette médicale*, año 1840, p. 347.

Si la idea de la existencia de un embarazo es la primera que debe [illegible], la [illegible] por [illegible] [illegible]; ciertos fenómenos han debido [illegible] llamar la atencion del médico y dirigirle á la investigacion [illegible] para saber si [illegible] del [illegible].

1.° Si [illegible] en consideracion la forma del vientre, se encuentra [illegible], [illegible] de una mujer llegada al final del embarazo: si percutiendo suavemente con uno ó muchos dedos, ó mejor, dando un *golpecito* sobre uno de los puntos del vientre (elegido á la casualidad), cualquiera que sea la posicion de la enferma, se percibe con facilidad el choque del líquido por la otra mano, aplicada de antemano al punto del vientre opuesto al que se verifica la percusion, el médico puede creer con razon que se trata de un *quiste unilocular del ovario*. La certeza es mayor aun, si la percusion indica una macicez en todas las partes anteriores é inferiores del abdómen, y la sonoridad sola en el hueco epigástrico y en los vacíos, cualquiera que sea la posicion de la enferma: en efecto, los intestinos rechazados por el tumor ovárico, se colocan á los lados del quiste, es decir, en los hipocondrios, y la sonoridad solo se produce en estos puntos. Si se hace acostar á la mujer, de un lado ó de otro, la macidez no se disloca, continuando en los mismos puntos, los mas elevados del quiste. Con estos signos puede distinguirse siempre la *ascitis* del quiste ovárico unilocular (1). «Para que no sucediera así, seria menester una comunicacion accidental entre el quiste y los intestinos, dando lugar á la entrada del aire en la cavidad del quiste.» (Boinet.) Otra circunstancia que puede ayudar al diagnóstico de los quistes uniloculares simples y exentos de legiones orgánicas, es que en general la salud es buena, á pesar del desarrollo considerable del vientre, y que es muy raro encontrar los miembros inferiores hinchados ó infiltrados (2). Cuando un quiste del ovario presenta las condiciones que hemos indicado, es unilocular. Sin embargo, en un caso observado por Boinet (3), las únicas circunstancias que quizá pudieran dar esta idea, y dar á conocer que el contenido del quiste era una materia espesa, gelatinosa (circunstancias que alguna vez darán desconfianza del diagnóstico), es que la enferma estaba muy delgada, la piel seca, amarillenta, presentando el mayor grado de la caquexia cancerosa. Todas las funciones se desempeñaban regularmente, aparte de la molestia producida en la respiracion por el excesivo volúmen del vientre.

(1) Un signo raro en los quistes del ovario, es casi constante en la ascitis, sobre todo cuando dura mucho tiempo, es la infiltracion de los miembros inferiores unida á la existencia de ciertas lesiones orgánicas que se encuentran, sea en el corazon, sea en el hígado ó en otra víscera del abdómen.

(2) Boinet, *Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires* (*Gazette hebd. de méd, et de chirur.*, Paris, 1860).

(3) Boinet, *loc. cit.*, p. 9 de la tirada aparte.



2.° *Cuando la oleada del líquido no se percibe en todos los puntos del quiste*, cualquiera que sea en el que se verifique la percusion, ó bien el quiste es multilocular, ó bien contiene un líquido muy espeso, denso y filamentoso. Entonces el choque del líquido se divide en otras tantas superficies circunscritas, cuantas cavidades están en contacto con la pared abdominal. En estos casos, si se percute sobre una parte del vientre, el choque del líquido no se percibe en el punto opuesto en que se ha verificado la percusion, sino solo en la circunscripcion de la cavidad. Hay además, en la mayoría de los casos, una cavidad principal, una celda madre alrededor de la que se agrupan todas las demás; y esta disposicion particular se hace reconocer por la fluctuacion, que es sensible en la extension mas considerable del quiste (1). Estos quistes son notables por la desigualdad que se observa en el tumor; y como es frecuente que el líquido contenido en cada cavidad tenga una diversidad diferente, y sus paredes resistencia y espesor variables, resulta que una elevacion es dura, y resistente, y otra elástica, y alguna blanda; estas elevaciones están separadas por surcos de diversa extension y de dureza á veces mayor que los mismos tumores.

La densidad del líquido hace á veces oscura la fluctuacion, y la replecion extrema de los quistes, cuando el líquido es muy espeso da lugar á una sensacion de vibracion notable. Aparte de las diferencias demostradas por los diversos medios de exploracion, el estado general de la salud, en oposicion á lo que se observa en los quistes uniloculares, no es siempre bueno en los multiloculares.

Para completar el diagnóstico diferencial de los quistes del ovario, es necesario reconocer la naturaleza del líquido contenido é investigar su mayor ó menor densidad. «Cuando el líquido es seroso y claro, la fluctuacion es franca, manifiesta y se percibe en todos los puntos del tumor, y se asemeja á la de una ascitis considerable. Si el líquido es mas denso, espeso, viscoso, oleoso, la fluctuacion, aunque perceptible en todos los puntos del abdómen, es menos franca, poco manifiesta, se siente la ola que llega á la mano opuesta de un modo menos pronto, con mas dificultad, el choque es menos claro, menos seco, el líquido se mueve con menos facilidad, ó como si dijéramos se percibe mas pesado. En estos casos, sobre todo cuando el líquido es muy espeso, puede dejarse de percibir la fluctuacion, y se reconoceria imprimiendo con las manos aplicadas sobre el vientre un movimiento de sucusion ó de vaiven, comprimiendo el vientre alternativamente entre ambas manos, que el contenido del quiste es un líquido de cierta consistencia.

»Si las enfermas experimentan ó han experimentado dolores contínuos en el vientre, si han presentado signos de inflamacion, si el vientre ha estado ó está ligeramente doloroso á la presion ó expontá-

(1) Boinet, *loc. cit.*, p. 16.

neamente, por lo general el quiste contendrá (ya sea unilocular ó multilocular) un líquido de coloracion mas ó menos pronunciada, rojizo, sero-sanguinolento de color de café ó del chocolate, etc. En los quistes multiloculares, es en los que expecialmente se observan líquidos espesos, viscosos, de mala naturaleza, que presentan diversas coloraciones.

»Puede tambien anunciarse con alguna probabilidad que el líquido es de naturaleza purulenta, siempre que la enferma presente una fiebre lenta y contínua, pérdida del apetito, vómitos, diarrea, demacracion, dolores en el vientre y sobre todo en el quiste, en una palabra, todos los síntomas de la fiebre ética, todos los que denuncian focos en supuracion (1).» Estos quistes supurados se encuentran en mujeres jóvenes aun, y que si se toman en poca consideracion los síntomas expeciales se puede incurrir en el error de tomar por una *fiebre grave* una *tifoidea* los síntomas que dependen de otra enfermedad (2). En un caso de este género, despues de haber apreciado los síntomas como dependientes de una fiebre tifoidea, se presentó en la fosa ilíaca derecha un tumor fluctuante y doloroso que se abrió expontáneamente por encima del arco crural, dejando despues un trayecto fistuloso. Se consideró hasta entonces como un absceso de la fosa ilíaca, sin embargo, Richet (3) reconoció la existencia de un ancho foco purulento en cuyo fondo se descubrió algo duro y rugoso, desbridó la abertura y extrajo muchos dientes, fracmentos de huesos y cabellos apelotonados. El pretendido *absceso de la fosa iliaca consecutivo á una fiebre tifoidea no fué otra cosa que un quiste fetal.*

Aunque desde luego parece imposible equivocar un quiste del ovario con una *timpanitis*, se ha cometido alguna vez este error (4). «La falta de fluctuacion, el poco peso del vientre que en la timpanitis no se pronuncia ni en uno ni en otro lado, la gran tension de las paredes abdominales que no reciben sino una fugaz impresion del dedo que las comprime, el sonido producido por la percusion, que se percibe en todo el abdómen, el extreñimiento pertinaz, la naturaleza y forma de las escreciones ventrales, el estado de las funciones digestivas y de la salud general de las enfermas, la ausencia de toda infiltracion de los miembros inferiores, son otros tantos fenómenos característicos que no permiten confundir la timpanitis con la hidropesía enquistada del ovario.» (Boinet.)

La *retencion de las materias fecales en el intestino grueso y principalmente en el ciego*, es una afeccion bastante comun, que ha podi-

(1) Boinet, *loc. cit.*, p. 17.
(2) Boinet, *Moniteur des hôpitaux*, 1853, t. I, p. 1147, n.° 144, y *Traité d'iodothérapie*, Paris, 1855, p. 461,
(3) Richet, *Bulletin de la Soc. de chirur.*, sesion del 11 de Marzo, 1857.
(4) Boinet, *Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre avec les kystes des ovaires*, p. 31.

lo tomarse por un quiste del ovario (1). En efecto, en los casos de *tumores estercoráceos*, hay, como en los quistes del ovario, que rechazo del intestino, un desarrollo uniforme de vientre con tension y una serosidad muy evidente en el lado opuesto al tumor. Pero en los casos de tumor estercoráceo, existe una enteritis mas ó menos intensa que ocasiona la retencion prolongada de los materiales fecales, meteorismo doloroso de los intestinos delgados, extreñimiento pertinaz, con frecuencia náuseas y á veces vómitos y pérdida del apetito. Existe á la par una *sensacion dolorosa que parece fijarse en toda la extension del intestino grueso* (Bois de Loury), y que principalmente se observa cuando se ejerce presion sobre la region del ciego, que es casi siempre el sitio de la retencion de los materiales estercoráceos. En fin, otro signo es la depresion que puede imprimirse á esta clase de tumores y que hace la misma impresion que cuando se introducen los dedos en sebo fundido ó en greda. (Boinet.)

Los *tumores fibrosos ó escirrosos* del abdómen se confunden á veces con los quistes del ovario, en particular con los multiloculares. Sin embargo, se desarrollan en general con gran lentitud, quedan por lo comun estacionarios cuando han alcanzado cierto volúmen, y no producen ninguna alteracion sobre la salud general, aun cuando este volúmen sea algo considerable; solo molesta á las enfermas el peso del tumor. Es menester añadir como carácter importante que las enfermas presentan muy á menudo alteraciones menstruales, dando lugar á pérdidas considerables de sangre, que rara vez se observan en los quistes ováricos ya sean sin ó multiloculares. Pero independientemente de la ascitis, que es una de las complicaciones mas frecuentes, lo que es menester tener presente para el diagnóstico de estos tumores, es que estándotados de una fuerza de el asticidad que les hace susceptibles de reaccionar sobre sí mismos cuando se les comprime de pronto ó se les coje entre ambas manos. Si entonces se trata de imprimirles un movimiento alternado de presion con el objeto de producir la fluctuacion, se percibe una falta de resistencia semejante al de que haria experimentar un gran globo de caoutchouc de gruesas paredes. La sensacion que se experimenta en este caso puede considerarse como fluctuacion, y se cree que existe una cavidad de paredes gruesas conteniendo un líquido mas ó menos espeso; entonces se diagnostica un quiste del ovario, y como esta sensacion de elasticidad puede encontrarse en todos los puntos del tumor explorado, se llega hasta producir que es un quiste unilocular. Pero nunca la *percusion, practicada ligeramente*, deja percibir la menor fluctuacion, y la ausencia completa de esta última en un punto cualquiera de los tumores, es ya una gran prevencion para creer que no existe ningun líquido en el tumor, y que está formado de un tejido

(1) Bois de Loury, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. V, año de 1858, p. 490.

duro y compacto. Si como consecuencia del error de diagnóstico cometido, se hubiese recurrido á la puncion (que en semejante caso no ha producido nunca funestas consecuencias), la penetracion del trócar en el espesor del tumor haria percibir á la mano que conduce el instrumento una sensacion especial que vendria muy pronto á esclarecer el diagnóstico (Boinet).

A veces se encuentran complicaciones accidentales que solo pueden descubrir una atenta observacion: tal es, por ejemplo, la *coincidencia de un embarazo* (1) *y de un quiste ovárico* (Boinet, Bretoneau, Trousseau, Dubarry, Legroux, J. Cruveilhier).

La *ascitis*, y en particular la *crónica con engruesamiento del peritoneo*, coincide á veces con *hidropesía del ovario* (2). En un caso semejante observado por Boinet (3), la enferma, estando acostada en decúbito supino, la fluctuacion era muy evidente en todo el vientre, no se percibia ninguna sonoridad en los ovarios, y apenas se notaba entre el ombligo y el hueso epigástrico. Si se hacia acostar á la enferma alternativamente del lado derecho ó del izquierdo, el líquido se dislocaba, y la percusion daba á la izquierda sonoridad, mientras que en la derecha existia una macidez muy pronunciada; habia tambien infiltracion incipiente en los miembros inferiores. Estos signos indicaban, pues, la existencia de una ascitis. La macidez encontrada á la derecha dependia de la presencia de un tumor fluctuante, además los datos suministrados por la enferma, que aseguraba que el tumor se habia producido en el lado derecho, no dejaban duda ninguna; habia, pues, una hidropesía ascitis consecutiva á un quiste del ovario. Además, cuando la enferma se acostaba de espaldas, deprimiendo fuertemente el vientre para rechazar el líquido de la ascitis, se percibia distintamente un tumor bastante voluminoso situado mas profundamente en el lado derecho. Si en ciertos casos, á pesar de un exámen atento hay duda sobre la naturaleza de la enfermedad, la puncion puede esclarecer el diagnóstico, pudiendo estudiar los caractéres propios del líquido. Además, cuando la puncion ejecutada á la casualidad en el quiste ó en la cavidad peritoneal, el vientre conserva siempre cierto volúmen que hará reconocer el estado de las cosas. En efecto, si le ha punzado y variado el quiste, la ascitis persiste; si el líquido evacuado es el que constituia esta, desembarazado el quiste del líquido que se rodeaba, aparece en toda su extension y con sus caractéres particulares.

(1) Si el tumor ovárico es totalmente ó en gran parte elevado en el abdómen, el parto, no solo es posible, sino que puede llegar á término el embarazo sin perjuicio por el feto; si por el contrario ocupa el quiste la escavacion de la pélvis, el embarazo tendrá mas ó menos obstáculos en general, y la vida de la madre y la del hijo se verán mas ó menos comprometidas.

(2) J. Cruveilhier, casos de coincidencia de un quiste multilocular del ovario y una hidropesía ascitis (*Traité d'anat. path. gén.*, t. III, p. 425. Paris, 1856).

(3) Boinet, *Du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre, etc.*, p. 39.

J. Cruveilhier refiere un caso, seguramente raro, en el cual se «tuvo la desgracia de tomar *quistes acefalocistos desarrollados en el epiplon mayor*, por un quiste ovárico multilocular. Una peritonitis aguda determinada por la puncion produjo la muerte de la enferma (1).»

En fin, en algunos casos se puede confundir un quiste del ovario con una hidropesía enquistada del peritoneo (2).

Otra cuestion referente al diagnóstico es la relativa á la posibilidad de saber si existen adherencias entre los tumores ováricos y las paredes abdominales. Haciendo, mediante movimientos de deslizamiento, moverse las paredes abdominales sobre las partes anteriores y laterales de los tumores, ó elevando estas paredes si están relajadas se puede hasta cierto punto demostrar la mobilidad que existe entre estas diversas partes, pero si existen adherencias entre las partes laterales y posteriores del tumor es completamente imposible comprobarlo. Sin embargo, si no existen adherencias, el tumor puede descender de 5 á 6 centímetros, durante una profunda inspiracion; si, por el contrario, existen adherencias entre el tumor y el peritoneo parietal, se percibe palpando los tegumentos que cubren el tumor una sensacion particular como de crepitacion y de frote. La existencia de estas adherencias no tienen gran interés, sino cuando se trata de practicar la ovariotomía. (Boinet.)

§ VII.—Tratamiento.

La curacion por los medicamentos internos es, cuando menos, muy difícil de obtener, y hasta Velpeau llega á poner en duda que exista un solo caso bien comprobado. Por consiguiente nos bastará hacer una mencion muy rápida de los medios que constituyen la medicacion interna, y que, como vamos á ver, no se diferencian de los que se emplean contra las hidropesías y los infartos de los diversos órganos.

1.° *Medicacion interna.*—Se recomiendan los *antiflogísticos*, y sobre todo la *sangría local*, cuando la afeccion parece ocasionada por una violencia exterior, y sobre todo al principio de la enfermedad; pero ya hemos dicho en el párrafo correspondiente á la *etiología*, cuán hipotética es la existencia de semejante causa.

Si hubiese motivo para creer que la enfermedad depende de la supresion de las reglas, se recurrirá á los medios que hemos indicado en otro artículo (véase *Amenorrea*), y que tienen por objeto restablecer el flujo menstrual.

Despues «se ha intentado sucesivamente la administracion de

(1) J. Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 426.
(2) J. Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 431.—Véase tambien el artículo HIDROPESÍA ENQUISTADA DEL PERITONEO. t. IV.

los *sudoríficos*, de los *merciuriales* y de los *purgantes hidragogos*. Se ha empleado tambien los preparados de oro, de plomo, de iodo, etc., las aguas minerales y las aplicaciones locales de diversa naturaleza... No haremos mas que citar como un recuerdo la *compresion* (fig. 53) propuesta no hace mucho tiempo con el objeto de hacer desaparecer las hidropesías enquistadas del ovario,

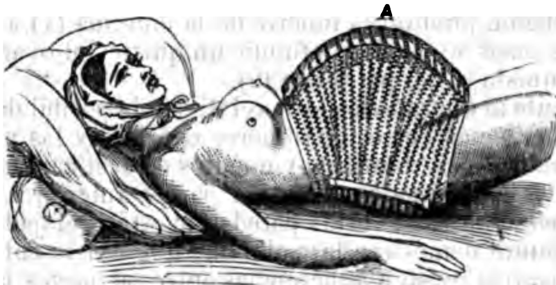


Fig. 53.—Aparato de comprension de caoutchouc de Bourjeaud.

cuyo método, aplicado al caso que nos ocupa, no cuenta aun con resultados que podamos invocar en su favor.» (Velpeau.)

Recientemente (1), Graig (d'Ayr) ha empleado con el carácter absorbente del líquido una solucion saturada de *clorato potásico*, tomando las enfermas tres veces al dia una cucharada de las grandes. En cuatro casos en que se administró esta preparacion, dos veces fué completa la desaparicion del quiste, una lo fué solo incompletamente, y en otra se abandonó el remedio, y el resultado fué incierto.

En una mujer de cuarenta y cinco años, que tenia un quiste del ovario hacia dos años próximamente, Chaloin (2) ha visto que las aguas de Chatelguyon (Puy-de-Dôme), provocando evacuaciones excesivas por todos los emunctorios, hizo descender el tumor del volúmen de una cabeza de adulto á las proporciones de una naranja. Sin embargo, un año mas tarde la mejoría se sostuvo, pero el ovario del lado opuesto aumentó á su vez de volúmen.

1.° *Puncion*.—La puncion no es mas que un medio paliativo, y debe practicarse cuando se perciba la fluctuacion de modo que haya motivos para creer que solo hay un quiste único, ó á lo menos que uno es mucho mas considerable que los otros y el que causa todos los accidentes. Por lo comun se practica la puncion en la parte anterior del tumor, debiendo emplear antes la percusion para asegurarse de que existe un sonido completamente á macizo en el punto en que se quiere hacer la puncion, y que no hay peligro de interesar mas órgano que el ovario afectado (3).

Despues de la puncion el quiste se vuelve á llenar de nuevo, y

(1) Graig (d'Ayr), *Edinburgh med. Journ.*, 1865.
(2) Chaloin, *Annuaire d'hydrologie méd.*, t. XII, p. 39.
(3) Véase *Relaciones anatómicas de los quistes del ovario*.

por lo comun con gran rapidez, y así se han citado casos de haber repetido esta operacion hasta ochenta y mas veces.

La puncion no siempre está exenta de peligro, y ha producido á veces un *derrame peritoneal* seguido de una peritonitis sobreaguda prontamente mortal; en otros casos hubo una *hemorragia interna* que arrebató á la enferma, y finalmente en algunos ha ocurrido la muerte á los pocos dias de la puncion, á consecuencia de una flegmasía del quiste. Cuando la materia que este contiene es demasiado espesa, se practica inútilmente la puncion.

A veces se ha hecho la *puncion por la vagina*, que es mucho mas peligrosa, y á la cual, segun los casos que conocemos, se debe renunciar, á no ser que existan circunstancias enteramente especiales.

2.° *Puncion é inyecciones.*—Se hallan en los autores muchos ejemplos de inyecciones hechas con diversos líquidos (*vino tinto*, *agua animada con alcohol*, etc.), despues de haber vaciado el quiste por medio de la puncion: en estos últimos tiempos se han propuesto las *inyecciones iodadas*, y es preciso convenir con Lisfranc que en los hechos que se han referido á la Academia de medicina (1) con motivo de la discusion sobre este asunto, se hallan muchos desgraciados y pocos de buen éxito. Y como en los casos en que se han practicado estas operaciones no estaba amenazada de cerca la vida de la enferma, y como el tratamiento paliativo basta para que vaya viviendo durante muchos años y sin grandes incomodidades, creemos que un médico prudente debe temer esta operacion peligrosa, al menos hasta que se citen hechos que puedan alentarnos mas que los que hasta ahora conocemos. Citaremos, pues, como una simple indicacion el hecho siguiente: el doctor Alison (2) ha obtenido la curacion de un quiste del ovario á beneficio de las *inyecciones iodadas*, cuyo caso es especialmente notable, porque habiéndose practicado la incision y la introduccion de una sonda, aparecieron el marasmo y la fiebre hética, y desde que se emplearon las inyecciones iodadas, hubo una mejoría rápida que no cesó hasta la curacion.

Desde la época en que se escribió lo que antecede se han recogido numerosos casos, en los que no es dudoso que por la tintura de iodo se han obtenido notables resultados sin ninguno de los accidentes graves que podian temerse. En efecto, es menester que Velpeau (3) habia hecho observar la inocuidad de la tintura de iodo, porque en opinion de este autor expone menos que cualquier otro líquido á la inflamacion purulenta é infiltrada en el tejido celular, no determina la inflamacion gangrenosa.

(1) Lisfranc, *Bulletin de l'Academie de médecine*. Paris, 1846, t. XI, p. 289 y siguientes.

(2) Alison, *Philadeph. Examiner*, y *Bulletin général de thérapeutique*, 30 enero 1849.

(3) Velpeau, *Recherches sur les cavités closes (Annales de la chirurgie française et etrangère*, t. VII, 1843).

Sin embargo, para manejar sin peligro y con éxito este agente enérgico, conviene distinguir los casos y no obrar mas que en ciertas circunstancias.

Rouyer (1), segun Nélaton, ha fijado sobre este asunto importantes conclusiones.

Conviene distinguir primero los quistes en multiloculares y uniloculares: en los primeros son necesarias muchas punciones sucesivas para vaciar otras tantas capacidades; además, como puede variar el contenido de cada una, no se pueden obtener en todos los casos los mismos efectos con la tintura de iodo; en fin, quedan algunas cabidades á las que no llega la inyeccion y que pueden ser el orígen de la reproduccion del mal. Hay, pues, muchas mas probabilidades de éxito cuando se trata un quiste unilocular, siendo en estos en los que mas convienen las inyecciones iodadas.

Pero en los mismos quistes uniloculares no producen tan ventajosos resultados, sino cuando contienen un líquido puramente seroso. Rouyer refiere tres observaciones concluyentes sobre este asunto. En el primer caso se extrajeron diez y ocho litros de líquido seroso, y como la abertura se hizo con potasa cáustica, se pudieron verificar cada dos ó tres dias, durante seis semanas, inyecciones iodadas; el quiste se redujo gradualmente y la curacion fué definitiva. En el segundo caso, se hicieron en el espacio de tres meses cuatro punciones seguidas de inyeccion iodada, y la enferma se curó sin presentar recidiva despues de dos años. En el tercer caso fué solo suficiente una inyeccion. (A. Nélaton.)

Por el contrario, si se trata de un quiste cuyo contenido es un líquido viscoso, gelatinoso, y pegajoso, no solo no se obtiene la curacion, sino que puede ser perjudicial la inyeccion iodada. En un caso citado por Rouyer: «una puncion dió salida á un líquido espeso y viscoso. Se practicaron inyecciones iodadas en el tumor, pero no dieron ningun resultado favorable. Esperando Nélaton favorecer su accion por inyecciones diluyentes, y lavados repetidos del interior del quiste, recurrió á estos medios, pero sin éxito. Varió entonces la naturaleza de las inyecciones irritantes, y despues de la tintura de iodo, introdujo alcohol puro, aguardiente alcanforado, nitrato de plata, cloruro de sodio, vino de quina, sulfato de zinc, pero sin que estas diversas soluciones produzcan resultado. La salud se alteró durante estas operaciones, las funciones digestivas se entorpecieron, debilitándose gradualmente la enferma, extinguiéndose casi gradualmente dos meses despues de comenzar el tratamiento...» No es, en efecto, suficiente este caso, añade Rouyer para fundar la opinion antes emitida, pero Nélaton ha podido observar los mismos resultados en diez casos semejantes, produciéndose un funesto resultado; así es que

(1) Rouyer, *Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées (Moniteur des hôpitaux*, 1856).

llegó á rechazar el empleo de las inyecciones iodadas en los quistes ováricos que contienen líquidos viscosos.»

Fórmula de inyeccion iodada empleada por A. Nélaton.

R. Tintura de iodo.. 250 gramos. | Yoduro potásico...... 8 gramos.
Agua........... 750

Este líquido, compuesto de tres cuartas partes de agua y una cuarta de tintura, debe introducirse lentamente y puesto en contacto con la mayor parte posible de la superficie del quiste por diversas posiciones dadas á la enferma; el líquido debe extraerse casi en totalidad, aunque no haya peligro de la permanencia en el tumor de una pequeña cantidad de tintura de iodo.

Como nunca son excesivas las precauciones antes de proceder á un tratamiento quirúrgico tan activo, indicaremos, segun Rouyer, la conducta que Nélaton ha adoptado en el tratamiento de los quistes ováricos uniloculares.

«Dado un quiste, cuyo líquido no se ha podido determinar de antemano (porque este punto queda por lo general dudoso cualquiera que sea el cuidado que se ponga en la exploracion), se hará lo primero una puncion simple, con objeto de conocer el carácter del líquido, esperando algun tiempo para conocer si la reproduccion es mas ó menos rápida. Si el líquido del quiste hace hebra, es viscoso, se hará la puncion simple, paliativa, que habrá que repetir cuando sea menester por el nuevo desarrollo del quiste. Si el líquido es seroso y si se reproduce, se practicará una segunda puncion, verificándose entonces la inyeccion iodada; si el líquido se reproduce de nuevo y el quiste vuelve á tomar su anterior volúmen, se espera algun tiempo, seis meses próximamente; si el quiste llega á su primer volúmen, acaba por quedar estacionario. Si la reproduccion ha sido muy rápida, el quiste adquirirá un volúmen considerable, y el cirujano se verá forzado á obrar de nuevo.»

III. *Incision, excision, ovariotomia.*—Si en ciertas circunstancias el *médico* se decide á tratar la cura de un quiste del ovario por la puncion, sea simple, sea seguida de inyecciones iodadas ú otras, lo que se justificará por los detalles expuestos anteriormente sobre este proceder operatorio, pertenecerá expecialmente al *cirujano* el recurrir á los medios que no mencionamos aquí y cuya descripcion completa pertenece á las obras de patologia externa (1).

(1) Vidal (de Casis), *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*. Paris, 1861, t. V, cap. II, art. II, p. 484.—A. Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*.—Véase tambien: Sobre la excision, Sacchi (*Annali universali di medicina*, tomo LXIII, p. 325), y sobre la ovariotomía, E. Kœberlé (*Mém. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1864, t. XXVI, p. 321 y siguientes, con láminas.—Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, trad. fran. con anotaciones de Wieland. Paris, 1866, p. 630 y siguientes.

IV. *Torsion.*—Nuevos hechos de torsion y estrangulacion observados en el cadáver, convencieron á Rokitanski de la frecuencia de esta alteracion del pedículo. Se favorece por la longitud de este, por el volúmen del tumor, la ausencia de adherencias, ciertas actitudes del cuerpo, las sacudidas impresas al abdómen, los esfuerzos, etc. Si su reproduccion es fatalmente seguida de síntomas de peritonitis y fenómenos de estrangulacion mortales; en muchos casos los resultados son mucho mas favorables. Este último resultado depende de una atrofia ó de una metamórfosis del tumor, sea una seccion mas ó menos completa de su pedículo, que Rokitansky (1) aconseja provocar con un objeto terapéutico. Bajo el punto de vista de la fisiologia patológica de estas torsiones del pedículo de los quistes del ovario, hoy bien demostradas, Klob (2) deduce de algunas observaciones, que dependen de la *replesion de la vejiga;* circunstancia etiológica sobre la que deberá dirigirse la atencion del médico práctico.

ARTÍCULO III.

DEGENERACIONES DIVERSAS.

Las lesiones de que vamos á ocuparnos, aunque muy interesantes bajo otros conceptos, solo tienen para el práctico una importancia muy secundaria, por cuya razon haremos únicamente una rápida enumeracion de ellas.

Se han hallado en los ovarios la *degeneracion cancerosa*, cuyos síntomas no parece que se diferencian sensiblemente, á lo menos segun los hechos que conocemos, de los quistes multiloculares, *tubérculos*, la *melanosis*, la *osificacion*, la *cartilaginificacion*, las *producciones calcáreas* y los *cuerpos fibrosos*. Durante la vida se puede sospechar por su consistencia que existen los tumores huesosos ó cartilaginosos; pero las mas veces no es posible llegar en la formacion del diagnóstico á mas que conocer que hay tumor del ovario, y solo en la autopsia se llega á saber su naturaleza.

CAPÍTULO VI.

Inflamaciones y tumores inflamatorios de las fosas ilíacas y de la pélvis menor (3).

Las fosas ilíacas y la pélvis menor, además de los órganos de la generacion, sus anejos y algunas porciones del tubo intestinal, cu-

(1) Rokitansky, *Soc. de méd. de Vienne*, 1865.
(2) Klob, *Œsterr. Zeitsch*, n.° 18, 1865.
(3) Este capítulo constituye un apéndice á los libros VII, VIII y X.

yas diversas lesiones se han estudiado precedentemente, contienen sea en su contorno, ya entre sí (tejido celular), sea en la superficie de algunas de sus partes (peritoneo) tejidos que primitiva ó secundariamente pueden ser asiento de inflamaciones agudas ó crónicas, siendo una de las terminaciones mas importantes que hay que considerar la supuracion. Si en gran número de casos, bajo el punto de vista de la patología general, esta inflamacion de los tejidos circunvecinos, en vez de estudiarse aparte se han referido á afecciones de las que solo suelen ser un resultado. Sin embargo, en la práctica la misma diversidad de las causas y el predominio ulterior de un estado primitivamente secundario, le merecen una descripcion particular, que se ha indicado ya al tratar de los estados patológicos á los que se refiere. Por igual razon, por ejemplo, ha sido objeto el edema de la glotis de una descripcion particular en uno de los libros precedentes. Tendremos que dar á conocer ciertos casos en la inflamacion de que vamos á tratar, discutidos á la verdad, pero no por esta razon menos interesantes en que la inflamacion de la atmósfera celulosa ha parecido constituir toda la enfermedad.

Describiremos la enfermedad sucesivamente; 1.°, alrededor del ciego y del apéndice ileocecal (*peritiflitis*); 2.°, alrededor del útero y de los ligamentos anchos (*inflamacion circum-uterina*); despues, en razon de su importancia, estudiaremos en un artículo especial las colecciones purulentas que pueden depender de algunas inflamaciones y de estados patológicos lejanos. Este artículo se consagrará á los *abscesos de las fosas iliacas internas* y á ciertas variedades de *abscesos circum-uterinos*.

ARTÍCULO PRIMERO.

PERITIFLITIS.

§ I.—Definicion.

Se da el nombre de *peritiflitis* á una inflamacion parcial, aguda ó crónica, del tejido celular y de la porcion del peritoneo que rodea al colon ascendente ó le mantiene unido á la *fascia iliaca*.

§ II.—Causas.

Si en cierto número de casos, á consecuencia de una lesion del ciego ó de su apéndice, sobreviene una peritonitis generalizada, y accidentes agudos que determinan casi fatalmente la muerte (1),

(1) Véase tomo IV, artículo PERITONITIS AGUDA, p. 438 y 441.—Véase tambien Maisonneuve, citado por Bodart, *Des perforations du cæcum et de l'appendice ileo-cæcal* (tésis de Paris, 1844).

existen además casos (hoy algo numerosos), en los que la inflamacion del tejido celular, y aun del peritoneo, se contiene en los límites de la region, sea en estado agudo, sea en el crónico. El desarrollo de la enfermedad local es lento en estas circunstancias, ó bien los síntomas generales han estado ausentes ó menos graves, y la enfermedad ó permanece oscura ó atribuida á cualquier causa hipotética.

En la mayoría de los casos, es una *lesion del apéndice ileo-cecal*, la que parece haber dado orígen á la peritiflitis; esta lesion del apéndice vermiforme es por lo comun producida por la presencia de *cuerpos extraños* (Wegeler (1), Malespine, Merling, Ilif (2), tales como *clavos*, *alfileres*, *cerdas de cepillos de los dientes*, etc., *huesos de ciertas frutas*, *judías*, *concreciones aisladas ó múltiples* (3), ó simplemente *calcáreas*, *fosfáticas*, *compuestas de colecterina* (4), otras *formadas de capas salinas cuyo núcleo es una bola de materias fecales* (5), ó simplemente constituidas de *materias fecales endurecidas* (Merling). En estos diversos casos, cualquiera que haya sido la naturaleza del cuerpo extraño, hay casi siempre *perforacion* ó *ulceracion* del apéndice vermiforme. Sin embargo, en los tísicos la inflamacion circunvecina por via de continuidad, reconoce con frecuencia por causa la presencia de *pequeños tubérculos* amarillentos, depositados debajo de la membrana mucosa ó en su superficie como placas de sustancia caseosa (6). En fin, en un caso habia existido préviamente *un absceso que habia disecado el apéndice ileo-cecal* (7).

Las *ulceraciones del ciego*, producidas, bien *por una degeneracion cancerosa*, bien *por una inflamacion* (8); las perforaciones que se determinan á veces por la *tiflitis simple* (9), bien por las *ascárides lum-*

(1) Wegeler, *Hist. ent. malig. et. sign. calcul. concrementi* (*Journal de méd. de Corvisart*, t. XXVIII).

(2) Fred. Merling, tésis sobre la anatomía patológica del apéndice vermiforme, sostenida en Heidelberg en 1836 (*l'Expérience* de 28 de Febrero, 1838).—Ilif, *London med. and. surg. Journal*, Abril, 1822.—Véase tambien Louyer-Villermay (*Archives génér. de médecine*, 1.ª série, t. II).— Merling, *Journal général de médecine*, 1827.—Favre, tésis inaugural, Paris, 1851.—Forget, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1853.—Henoch, (*Klinik der Unterleibs Krankheiten*, Berlin).

(3) *Descriptive catalogue of the anatomic Museum of the Boston Society for medic. improv.*, 1848, p. 152 y 153. El apéndice vermiforme contenia en esta pieza 513 cálculos formados de fosfato de cal y de magnesia.

(4) J. Copland, Apéndice á la traduccion inglesa de la *Fisiología* de Richerand, 1829.

(5) F. Leudet, *Recherches anatamo-pathologiques et cliniques sur l' ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal* (*Archives gén. de méd.*, 1859, t. II, p. 133).

(6) Albers, *Archiv. für physiolog. Heilhund*, an X.—Habershon, *Observations on diseasrs of thé alimentary canal*. London, 1857.—E. Leudet, *loc. cit*, p. 135.—Bodart, *Bulletins de la Société anatomique*, año 1844, p. 199.—Simon, *Ibid*, 1847, página 135.—Pasquet, *Ibid*, 1848, p. 149.—Dufour, *Ibid*. 1852, p. 212.

(7) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 132.

(8) J. Burnes, *Westminster hospital Reports*, 1838.

(9) Albers, *Histoire de l'inflammation du cæcum* (*l'Expérience*, 1839).

bricoides (1); ó por el *acúmulo de materiales fecales endurecidos*, deben colocarse entre las causas de la peritiflitis.

En algunos casos parece residir la causa en una *perforacion por gangrena*, sea del ciego, sea del apéndice ileo-cecal, sin que se haya podido encontrar una razon suficiente para explicar la gangrena (Merling). A veces tambien hay solamente *una separacion de una parte ó de la totalidad del apéndice* (Valleix).

En otras circunstancias ha parecido primitiva, y se ha referido al *reumatismo* (Niemeyer); alguna vez se ha presentado en los períodos avanzados del *tifus*, de la *septicemia*, de la *fiebre puerperal*, y se ha colocado entonces entre las inflamaciones llamadas metastásicas (2). En un caso de *fiebre tifoidea* hubo, además de la influencia general, una *hemorragia* limitada al apéndice vermiforme (3), y en otro comunicado á Grisolle (4) por Charcelay (de Tours), hubo una verdadera perforacion del apéndice vermiforme. En ciertos casos de *tifus*, Cless (5) ha encontrado bien una ulceracion, ó una perforacion; accidentes que, segun este autor, pueden igualmente ser determinados por la inflamacion diftérica simple de la mucosa ileo-cecal. En fin, se sabe que las fiebres eruptivas han sido consideradas como predisponentes á las soluciones de continuidad del apéndice vermiforme (Becquerel). E. Leudet ha presentado una prueba de ello en un ejemplo recogido en un sugeto afectado de sarampion (6).

§ III.—Síntomas.

En los casos en que la peritiflitis, como es lo mas frecuente, resulta de las diversas lesiones del ciego ó del apéndice cecal que acabamos de referir, su existencia no se manifiesta en general sino por *síntomas precursores* muy bajos. Las enfermas se quejan de *malestar ligero con disminucion del apetito* y alguna sensibilidad en el bajo vientre, pero sin que se crean generalmente enfermas. Luego sobreviene de *pronto* un dolor vivo en la fosa ilíaca derecha, este dolor no se irradia muy lejos, que obliga á la enferma á estarse quieta y á acostarse, la fisonomía se altera, el pulso se concentra, hay una viva ansiedad y bien pronto se manifiesta el *tumor inflamatorio*.

En los casos en que préviamente existia una tiflitis, desde que el tumor superficial que pertenece al ciego inflamado desaparece, se pre-

(1) Becquerel, citado por Bodart, *loc. cit.*

(2) Niemeyer, *Éléments de pathologie interne et de thérapeutique*, trad. franc. de Culmann y Ch. Sengel, t. II, p. 665, Paris, 1865.

(3) Lebert, *Hanbuch der parktischen Medicin*, 1858, t. I, p. 120.

(4) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 848, 6.ª edicion.—Véase tambien: Buhl, (*Zeitschrift für ration. Med.*, t. IV, 1854; *Canstatt's Jahresb. für*, 1854, t. III, p. 255).—Bamberger, (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1853).

(5) Cless, *Medic. Corresp. Blatt des Wurtemb. Aerztl*, Vereins, 1857; *Canstatt's Jahresbericht*, 1853, t. III, p. 187.

(6) E. Leudet, *loc, cit.*, p. 136.

senta otro tumor mas profundo igualmente doloroso y cubierto por el ciego, que por contener gases da á la percusion un sonido claro. «La presion que el tumor ofrece sobre los troncos nerviosos provoca por lo comun dolores y una sensacion de adormecimiento en la pierna correspondiente; al mismo tiempo se produce el edema por la compresion de los vasos venosos.

«El producto de la exudacion depositado por la peritiflitis puede absorberse terminando la enfermedad por resolucion; si debe suceder esto, el tumor se hace mas pequeño, los dolores menores y la enferma se restablece al poco tiempo.» Pero se verifica mas frecuentemente que la inflamacion, produce una mortificacion difusa del tejido celular circunvecino, un pus icoroso se reune en focos, el tumor adquiere mas desarrollo y acaba por constituir, con todas sus consecuencias, una de las formas mas frecuentes, que estudiaremos mas adelante en el artículo TUMORES INFLAMATORIOS DE LAS FOSAS ILÍACAS INTERNAS.

Esta marcha de la enfermedad, que pertenece sobre todo á la peritiflitis por lesion del ciego ó del apéndice vermiforme, es de todo punto idéntica en la peritiflitis reumática (Niemeyer); mientras que en la forma metastásica la muerte se produce por la influencia de la enfermedad general, aun antes de que las acumulaciones purulentas ni las perforaciones lleguen á producirse (1).

Así, para resumir el encadenamiento de los fenómenos patológicos mas ordinarios en la peritiflitis, hay casi siempre una lesion del ciego ó del apéndice vermiforme; esta lesion produce la inflamacion de los tejidos inmediatos, y esta inflamacion (que suponemos con intento circunscrita, como los hechos lo demuestran con mas frecuencia), puede ser crónica y pasar desapercibida por mucho tiempo, ó bien, aun quedando limitada, presentar una agudeza considerable determinando la produccion de una de las formas de *abscesos de la fosa iliaca interna*.

Pero si en unas circunstancias la resolucion, en otras la supuracion, son los dos modos mas frecuentes de terminar la peritiflitis aguda, esta misma inflamacion, dotada de menos agudeza y naciendo en circunstancias especiales, puede no llegar á los caractéres avanzados de la flegmasía, á saber, la tumefaccion. De este modo en ausencia de adherencias peritoneales en las demás regiones, ni indicio de inflamacion en las túnicas intestinales ó en los tejidos de otras vísceras abdominales, se puede reconocer aisladamente una adherencia del apéndice á los órganos inmediatos (hígado, epiplon). En semejante caso, «la analogía en anatomía patológica y la comparacion con estas adherencias tan frecuentes de la vejiga biliar á los órganos inmediatos, sin indicios de lesiones actuales y graves de este receptáculo, ¿no permiten suponer que *en el apéndice, la inflamacion no*

(1) Niemeyer, *loc. cit.*, p. 666.

perforante pueda tambien *propagarse por inmediacion del interior al exterior y causar una peritonitis localizada?*» (E. Leudet.)

§ IV.—Diagnóstico.

¿Puede decirse de un modo preciso si la peritiflitis es debida á una perforacion del ciego ó del apéndice vermiforme? Consultando los hechos, se ve bien pronto que no puede ser. La observacion nos ha demostrado que la perforacion del apéndice cecal puede verificarse en el tejido celular posperitoneal lo mismo que en la cavidad peritoneal, y por lo tanto no hay diferencias aplicables al diagnóstico. Hé aquí además, cómo suceden las cosas. El apéndice, primitivamente inflamado, contrae adherencias con el peritoneo que tapiza la fosa ilíaca; la ulceracion perfora, no solo las túnicas del apéndice, sino tambien la hoja peritoneal á que se adhiere este divertículo, y la materia que contiene cae en el tejido celular de la fosa ilíaca (1). Esta perforacion da lugar á los mismos fenómenos que la perforacion del ciego. Sin embargo, resulta de las observaciones que poseemos, que la perforacion ó la gangrena sobrevenida sin lesion anterior del ciego (apreciable por los medios de exámen), tiene casi siempre por asiento el apéndice, y por lo tanto, cuando en un sugeto que solo ha presentado los ligeros síntomas indicados anteriormente, se ve aparecer el *dolor súbito que marca el principio del tumor inflamatorio*, con alteracion del semblante, etc., pueden atribuirse los fenómenos á una perforacion del apéndice. Este diagnóstico solo tiene una importancia muy secundaria, pues el conocimiento del sitio preciso en que el mal ha comenzado, no hace cambiar en nada la conducta del médico. Sin embargo, si es difícil referir siempre con exactitud los accidentes peritiflíticos á una perforacion del apéndice vermiforme, segun E. Leudet (2), puede suponerse esta lesion cuando los accidentes de peritonitis parcial se observan en la fosa ilíaca derecha, en individuas hasta entonces de buena salud, ó en el curso de una tísis ó de enteritis crónica.

§ V.—Tratamiento.

Si se ha podido referir la existencia de la peritiflitis á una solucion de continuidad del apéndice ileo-cecal, se deberán excluir los purgantes y enemas; el mejor tratamiento consistirá en el opio y la

(1) En un caso observado por Becquerel y citado por Bodart (*loc. cit.*), un niño de siete años murió súbitamente sin haber presentado antes sino fenómenos inflamatorios de mediana intensidad. En la autopsia se encontraron cinco ascárides lumbricoides colocados debajo del mesenterio abajo y á la derecha. El apéndice ileo-cecal presentaba en su extremo un orificio redondeado extrangulando por completo dos ascárides, de las que de una habia salido un tercio y de la otra dos.

(2) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 328.

belladona administrados á altas dósis. La enferma tomará bebidas poco copiosas, y tomará algunos baños templados (Leudet).

En algunos casos, el principio de la peritiflitis, si parece predominar la peritonitis, se aplicarán sanguijuelas sobre la region enferma, como al principio de la misma tiflitis, y si no basta una aplicacion, se repite, y á la par se aplicarán sobre la parte cataplasmas calientes emolientes. Si á pesar de este plan, se colecciona pus, se observará como diremos mas adelante (1).

ARTÍCULO II.

INFLAMACION CIRCUM-UTERINA.

§ I.—Definicion, sinonimia.

Con el nombre de inflamacion *circum-uterina* describiremos el estado morboso, que consiste en una *inflamacion aguda ó crónica extendida á la vez al tejido celular peri-uterino y á las hojas peritoneales, en cuyo espesor está comprendido el útero y sus anejos; inflamacion que*, en los casos comunes, *coincide con alteraciones diversas de estos mismos anejos.*

Esta inflamacion circum-uterina, que se ha descrito parcialmente con nombres diversos, segun se refiere á lesiones de tal ó cual elemento anatómico de mayor grado de importancia: *inflamacion del bajo vientre, inflamacion de los anejos del útero y del ligamento ancho, inflamacion del tejido celular pelviano (celulitis pelviana, flemon peri-uterino ó recto uterino; pelvi-peritonitis.*

Considerada en su mas lata expresion, la cuestion abraza, bajo el punto de vista clínico, una descripcion general del conjunto y algunos detalles particulares, necesarios para dar á conocer las formas en que predominan cada uno de los elementos patológicos. Existe, en efecto, cierto número de casos que Aran, sobre todo, se esfuerza en poner de relieve, en los que la inflamacion circum-uterina aparece lo mas manifiesta posible, siendo todos los elementos atacados á la par; en otros, por el contrario, el tejido celular circum-uterino es el que aparece exclusivamente inflamado, sea totalmente *(flemon circum-uterino generalizado)*, sea en alguna de sus porciones, tal como la correspondiente á los ligamentos anchos (*flemon de los ligamentos anchos*) (2). En otras, por último, el papel principal parece pertenecer á la inflamacion del peritoneo y á sus consecuencias (*pelvi-peritonitis*).

(1) Véase el artículo TUMORES INFLAMATORIOS DE LAS FOSAS ILÍACAS INTERNAS.
(2) La inflamacion de los ligamentos anchos se describirá aparte en un apéndice colocado al final de este artículo.

Comprendida así la inflamacion circum-uterina, segun la justa observacion de Aran, no debe confundirse ni con el *flemon del tejido celular de la fosa iliaca* (al que puede excepcionalmente dar lugar por via de propagacion), ni con la *inflamacion de la sínfisis sacro-iliaca* (con la que puede á veces coincidir), ni menos aun con el *flemon del tejido celular pelviano subperitoneal*, dependiente de los partos laboriosos, en los que el útero y sus dependencias pueden no participar de la inflamacion (Aran).

§ II.—Descripcion sintomática.

1.° Inflamacion circum-uterina general.—A. *Forma aguda.*—La invasion en esta forma puede ser brusca (sobre todo despues de un parto ó un aborto reciente), ó bien haber precedido durante un tiempo mas ó menos largo (de algunos dias ó algunos meses), sea de malestar mal definido, sea de síntomas mas ó menos manifiestos dependientes de la inflamacion de los anejos del útero (pérdida del apetito, extreñimiento ó diarrea, dolores en el vientre, ocupando unas veces poco espacio en una de las fosas ilíacas, ocupando otras una mayor ó menor extension de la pélvis). Ya vaya precedida la invasion de estos síntomas, ya sea repentina, se marca casi siempre por un escalofrio de diversa intensidad, seguido de un calor mas ó menos intenso, sudores á veces muy abundantes, náuseas y vómitos (1). El dolor, que varía de intensidad, es siempre exacerbado por la presion (sobre todo al nivel del ligamento de Falopio), por los movimientos de la progresion, por la estacion vertical y por las relaciones sexuales. La sensibilidad del bajo vientre, la timpanizacion que se produce en algunos casos, la inmovilidad guardada por la enferma, en decúbito dorsal (los muslos doblados y aproximados al tronco), la alteracion del semblante, la pequeñez y concentracion del pulso, los vómitos biliosos, en algunos casos, son otros tantos fenómenos que se agrupan para caracterizar la existencia de una verdadera peritonitis. Bajo la influencia de un tratamiento apropiado *y aun sin esta circunstancia* (Aran), no tardan en calmarse los fenómenos mas graves; pero la enferma conserva una sensacion de plenitud, de embarazo, á veces de dolor en la mitad inferior del bajo vientre, localizándose mas especialmente á uno ú otro lado, presentando á la par una especie de exacerbacion, ó á veces verdaderos latidos. «La piel queda un poco caliente y generalmente húmeda, el pulso un poco frecuente y contraido; la lengua está sucia y cargada de una capa blanquecina; disminucion ó pérdida completa del apetito, sed intensa, y por la tarde casi siempre un poco de recrudescencia del movimiento febril (2).»

(1) F. A. Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1858, p. 687.
(2) Aran, *loc. cit.*, p. 689.

La pared abdominal presenta renitencia difusa, en medio de la que se comienza muy pronto á sentir en la *profundidad de la pélvis* una especie de *tumor* (unas veces vago y mal circunscrito, otras bien limitado, de forma y dimensiones diversas, ovóideo, globuloso, ó de forma muy irregular; del tamaño de un huevo de paloma ó de pava, y otras veces como el puño del adulto), al nivel del cual la presion es mas dolorosa que en los demás puntos del vientre. Aquí terminamos la exposicion de los hechos presentada por Aran relativamente á la inflamacion periuterina aguda generalizada, en la idea de que los caractéres sintomáticos del tumor se estudiarán con mas provecho en las formas particulares de la afeccion, considerada bajo el punto de vista de su asiento anatómico.

Inflamacion circum-uterina generalizada.—B. *Forma crónica.*—Las diferencias que separan esta forma de la aguda no son grandes: signos locales y fenómenos reaccionales poco marcados. Los síntomas generales que ocupan el primer lugar indican un estado de languidez y deterioro de la economía, mas bien que una inflamacion de los órganos pelvianos (cara pálida, empañada, adelgazada, mirar triste; piel seca, á veces un poco caliente por la tarde; pulso débil, pequeño, contraido, pero bastante frecuente, palpitaciones cardíacas, opresion, cefalalgia persistente, dolores nevrálgicos vagos), fenómenos histeriformes diversos). Estos diversos síntomas deben fijar la atencion, pero no pueden suministrar datos precisos; son en efecto de tal naturaleza que pueden hacer creer en una clorosis, ó en alguna de las formas de dispepsia; pero solo este resultado puede proporcionar.

La interrogacion de las enfermas sobre los fenómenos anteriores, y sobre todo la exploracion local, son las únicas vias de llegar á un diagnóstico, y precisar con la *mayor exactitud posible* cuáles son de los anejos del útero los puntos comprometidos ó los tejidos mas expecialmente afectados (1). Pero independientemente de los caractéres particulares que pueden observarse en semejante caso, hay algunos que son comunes á todas las formas de inflamacion circum-uterina. Así casi siempre se encuentran algunos fenómenos de agudeza, que parecen marcar la invasion de la enfermedad; muchas semanas ó meses antes á consecuencia de un parto ó de un aborto ó por cualquier otra causa sobrevienen sin causa conocida accidentes de una intensidad media en general presentados en el vientre. Despues de algunos dias parecen calmarse los dolores, pero desde esta época experimenta la enferma una sensacion de peso, dificultad y embarazo en la pélvis y á veces calor interior y latidos. La marcha, la fatiga, las relaciones sexuales, aumentan siempre los accidentes.

(1) Mas adelante se describirán las diversas formas de inflamacion circum-uterina, con los caractéres sintomáticos presentados por los autores, como propios para reconocer el asiento de la lesion.

De tiempo en tiempo, y generalmente en la época de las reglas (que sufren variables modificaciones en su cantidad (1), calidad y duracion), se presentan dolores mas intensos en el abdómen; el vientre se tumefacta, se presentan náuseas, y aun vómitos; al mismo tiempo que el calor de la piel existen escalofrios erráticos; flujo blanco que aparece por la primera vez ó se hace mas abundante; irritacion manifiesta en las partes genitales con descamacion epitélica de la entrada de la vulva; las orinas son cenagosas y presentan alguna cantidad de moco (Aran).—En cuanto á las alteraciones presentadas en el aparato digestivo, tendremos ocasion mas adelante de ocuparnos de ellas con mas detalles; solo diremos que despues de apaciguarse los fenómenos de que hemos hablado, todo queda por lo comun en órden hasta que un nuevo recrudecimiento, sea en las alteraciones de la salud en general solamente, sea al mismo tiempo en los fenómenos abdominales, hace reclamar á la enferma su reconocimiento, sobre el cual insistiremos.

Un punto de la historia general de la inflamacion circum-uterina, sobre el que insistiremos una vez para todas, es que á los fenómenos contínuos por los que traducimos su existencia, se unen otros accidentes, verdaderas exacerbaciones que coinciden con la fluxion menstrual, por lo general (Nonat) ó bien se presentan en intervalos menos regulares, bajo la influencia de diversas causas (*flemon crónico con espansiones inflamatorias* de Gosselin). En estas extensiones los fenómenos no difieren mucho de los observados en los períodos de mayor agudeza, solo que los síntomas de reaccion son algo menos pronunciados. Podian, sin embargo, hacer creer en algunos casos fenómenos mas graves que los que existen en realidad, pero su duracion, por lo comun corta (tres ó cuatro dias, rara vez mas de ocho), y su reaparicion generalmente ligada con una época menstrual, los antecedentes de la enferma, la existencia anterior de fenómenos análogos á los existentes en la actualidad son otros tantos datos que, unidos á la presencia en el abdómen ó en la pélvis de alteraciones de forma determinada, con desproporcion completamente en desacuerdo con el orígen reciente de los accidentes, vienen á fijar definitivamente el diagnóstico relativamente á una *inflamacion circum-uterina crónica con exacerbaciones.* Estas especies de ataques que sobrevienen en el curso de la forma crónica, agravan sin disputa la situacion de las enfermas, pero mucho menos de lo que pudiera creerse, y es raro que las enfermas sucumban en su curso: Aran (2) ha visto algunas mujeres restablecerse completamente, al menos en

(1) Segun Letellier (*De la métrorrhagie symptomatique*, tésis inaugural, Paris, 1866, n.° 43), las hemorragias uterinas son frecuentes en las inflamaciones circum-uterinas.

(2) Los detalles anteriores están casi testualmente tomados de las *Lecciones clínicas* de Aran, p. 700.

apariencia, despues de exacerbaciones que parecian poner en peligro su vida (1).

Independientemente de los síntomas precedentes, que ya en la forma aguda, y en la crónica, pueden encontrarse reunidos en mas ó menos números, hay otro órden de síntomas deducidos del exámen local de las partes enfermas, el cual debe fijar nuestra atencion, pues que de ciertos signos particulares, interpretados diversamente por los autores han servido ya por sí solos, ya reforzados por datos anatómico-patológicos, para autorizar la localizacion de los fenómenos inflamatorios, en ciertos tejidos ó en porciones de los anejos del útero.

Pero desde luego la inflamacion circum-uterina, considerada de un modo general (2), se demuestra á nuestros medios de observacion directa por síntomas locales de los que conviene exponer el conjunto independientemente de toda particularidad semiológica relativa á las variedades que vamos pronto á examinar.

El tumor circum-uterino, por lo general tardío en su manifestacion, con relacion á la duracion anterior de los síntomas á que parece unido, presenta al tacto los caractéres de los flemones, circunstancia que, como veremos, no deja de tener influencia sobre las interpretaciones relativas á la naturaleza del tejido que las forma. Con frecuencia, sobre todo en la forma crónica, cuando se presencian una de estas faces de recrudescencia, que tanto importa no olvidar, el tacto nos dará á conocer en la superficie vaginal de estos tumores y particularmente en su base, la existencia de uno ó varios vasos arteriales, siempre superficiales, cuyo volúmen variable puede llegar al de la radial. Su presencia, sobre la que insiste Nonat, atestigua la antigüedad de los tumores, en los que en general no aparecen sino despues del octavo mes. Tambien segun Nonat la presencia de un vaso voluminoso indica siempre, bajo el punto de vista del pronóstico, la existencia de un infarto mas ó menos rebelde difícil de curar, no solo porque la lesion es antigua, sino porque los vasos hipertrofiados les producen una nutricion muy activa (3).

(1) Véase Gallard, *Sur le phlegmon péri-utérin*, tésis, Paris, 1855.

(2) Limitados aquí á la descripcion de la inflamacion circum-uterina, propiamente dicha, trataremos mas adelante y aparte de los *flemones de los ligamentos anchos*, cuyo asiento anatómico no discutido, la marcha casi fatalmente progresiva sea húcia las paredes abdominales, sea hácia la fosa iliaca profunda, sirven para caracterizarlos. Todos saben distinguir su tumefaccion particular de la de los tumores que han recibido el nombre de infartos uterinos, de la metritis crónica parcial, de los flemones peri-uterinos propiamente dichos, de la pélvi-peritonitis. Pero como las diferencias marcadas por la patología no son absolutas en la clínica, al estudiar aparte, para la comodidad de la descripcion, los flemones de los ligamentos anchos, debemos desde ahora hacer notar que estos flemones, así como los de las fosas ilíacas, tienen sobre el peritoneo extensiones morbosas que hacen difícil establecer su preexistencia con relacion á la inflamacion peritoneal circum-uterina.

(3) Nonat, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860, p. 269 y 270.

Además de la existencia de los latidos que determinan estas arterias, latidos que se demuestran siempre que, segun la observacion de Bernutz (1), un estado morboso de larga duracion determina una fluxion permanente en los vasos numerosos que existen en la base de los ligamentos anchos; la consistencia especial de los tumores inflamatorios circum-uterinos y sus formas merecen sobre todo la atencion á causa de su variedad. Precedidos por una sensacion de vaga resistencia, que la intensidad del dolor no permite apreciar bien; estos tumores son en general, al principio muy poco voluminosos, amoldados á la forma del fondo de saco vaginal; que su peso hace convexo inferiormente, presentando una especie de elasticidad análoga á la que se encuentra en las primeras faces de un flemon, ó mas raramente una falsa fluctuacion semejante á la que se observa en el contorno de los tumores blancos. Esta especie de elasticidad disminuye rápidamente, desapareciendo por completo, excepto en los casos en que la terminacion se verifica por supuracion, el tumor se indura entonces insensiblemente hasta el momento en que comience la resolucion, que tendria lugar á los quince dias ó tres semanas del principio de la afeccion, ú otras veces despues de una, dos ó mas recrudescencias inflamatorias (Bernutz).

«En general estos tumores son al principio poco voluminosos, profundamente colocados en la pélvis, solo son accesibles al tacto vaginal, y no forman elevacion en las fosas ilíacas, que es solo el sitio de una sensacion penosa algun tanto vaga. Mas tarde, estos tumores, aumentados por un trabajo morboso, y en particular á consecuencia de recrudecimientos inflamatorios numerosos, presentan por una parte en su superficie vaginal, expecie de nudosidades mas ó menos distintas por la prominencia y mayor dureza, formando además en la region hipogástrica elevaciones mas ó menos considerables. Accesibles entonces por el tacto vaginal y la palpacion hipogástrica, que combinados pueden apreciar el espesor, la falta de fluctuacion y la resistencia á veces casi fibro-cartilaginosa de la induracion comprendida entre las dos manos exploradoras. Estos tumores, cuando son laterales, que es lo mas frecuente, asemejan formar una prolongacion lateral posterior del útero, al que se adhieren. Resulta de esta posicion que sobrepasan rara vez el límite superior de la escavacion pelviana, ó solo dos ó tres traveses de dedo, para hacer prominencia sobre la rama horizontal del púbis, pero dejando entre ella y esta cierto espacio. Este crecimiento del tumor es muy importante de señalar, pues que su permanencia intra-cavitaria sirve para diferenciarla de los tumores formados por el flemon del ligamento ancho que tienden, por el contrario, en su progreso á invadir lo que alcanzan por lo comun, el tejido celular de la fosa ilíaca, de tal modo que el

(1) Bernutz y E. Goupil, *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. II, página 211.

tumor que forma cuando sobrepasa la escavacion pelviana, comprenden un espesor mas ó menos grande de la misma pared abdominal (1).»

En el momento de las recrudescencias que hemos indicado antes se encuentran por lo general un notable aumento del volúmen del tumor peri-uterino, que consiste bien en la invasion de las partes circunvecinas de la region primitivamente afectada, bien por extension á la fosa ilíaca opuesta que en esta circunstancia es asiento de dolores muy intensos. Importa no olvidar que al mismo tiempo se producen ciertas dislocaciones del útero, cuya sucesion y variedad sirve para distinguir los tumores inflamatorios peri-uterinos de los tumores fibrosos y de los quistes del ovario, que no son susceptibles de determinar modificaciones tan bruscas y tan frecuentemente renovadas.

Añadamos que cuando al cabo de algunos dias, la accion inflamatoria se mitiga, se ve como al principio moderarse los dolores, disminuir la fiebre y el tumor poco á poco, indurándose de nuevo y aun antes de la disminucion de la inflamacion, hasta una nueva recrudescencia. El número de estas es muy variable, dependiendo de una parte de la intensidad inicial de la inflamacion circum-uterina, y de otra de la afeccion del útero ó de sus anejos que la determina, y además de la idiosincrasia particular constitucional ó adquirida de la enferma. (Bernutz.)

En cierto número de casos, el tumor inflamatorio circum-uterino parece afectar con relacion al útero un sitio particular, sea detrás, sea delante de este órgano, y tomando en consideracion esta cuestion de sitio, independientemente de toda otra, se ha podido describir un *tumor inflamatorio retro-uterino*, y otro *ante-uterino;* variedades que, pudiendo encontrarse á veces reunidas, constituyen una tercera.

A. **Tumor inflamatorio retro-uterino.**—El síntoma que llama primero la atencion es el *dolor*. Este síntoma es constante. El *dolor expontáneo* es siempre considerable, y á veces excesivo. Se manifiesta por exacerbaciones violentas, que llegan á ser tales, que la mujer no puede guardar ninguna posicion, que se retuercen en la cama, lloran y prorrumpen en gritos. Este dolor es diversamente caracterizado por ellas; unas se quejan de una sensacion de quemadura, otras de latidos dolorosos, otras de violentas punzadas, etc. El *dolor provocado* no es menos constante: se produce por la presion en el hipogástrio, por la percusion, por el tacto vaginal, y sobre todo por el paso de las materias fecales en el intestino. Al defecar experimentan las enfermas dolores muy vivos hácia el sacro y el ano, la defecacion va generalmente señalada por esas exacerbaciones violentas anteriormente descritas.

Se producen *dolores expulsivos* en el recto. Las enfermas experi-

(1) Bernutz y E. Goupil, *loc. cit.*, p. 212.

mentan en el intestino, la sensacion de un cuerpo extraño que provoca contracciones, con frecuencia sin resultado, procedentes de dos causas diferentes: 1.°, por la presion del tumor inflamatorio sobre la pared anterior del recto; 2.°, por la propagacion de la inflamacion á las túnicas del intestino manifestada por la expulsion de una cantidad variable de moco, de que hablaremos despues. Estos dolores expulsivos, ya indicados en el *hematocele retro-uterino*, son mas marcados en la afeccion que nos ocupa y presentan algun rasgo característico.

El *tacto vaginal* da á conocer detrás del cuello del útero un *tumor* del que se separa un surco profundo. Cuando este tumor es muy considerable, puede borrar por completo el fondo de saco vaginal posterior, como hemos visto en un caso que terminó por supuracion.

Su volúmen no pasa por lo general del de la mitad mas gruesa de un huevo de gallina, apareciendo un poco aplastado de delante atrás. En este caso, el ángulo situado entre él y el cuello del útero tiene casi la profundidad del saco vaginal posterior. Se percibe en su superficie pliegues trasversales de la vagina. Su consistencia es un poco blanda, sin fluctuacion; es inmóvil. El contacto del dedo en este punto es muy doloroso. Veremos mas adelante (1) que esta disposicion simula tambien la retroflexion que se ha considerado muchas veces como tal, por no haber efectuado una exploracion detenida.

El *tacto rectal* es muy doloroso; se puede evitar el practicarle en la mayoría de los casos. Por él se percibe un tumor aplanado de delante atrás y del que no se puede alcanzar la parte superior.

Cuando el tumor es mas voluminoso, la superficie es mas lisa, sin llegar á serlo como en el hematocele retro-uterino. Combinando el tacto vaginal y el rectal, se coge entre los dedos la parte inferior, y puede apreciarse el espesor del tabique retro vaginal, en el que se desarrolla. A veces en una época de la enfermedad se percibe una fluctuacion manifiesta.

Al mismo tiempo el tacto da á conocer en algunos casos el calor, el dolor, los latidos arteriales del cuello del útero; en una palabra, signos de inflamacion de esta parte. Si se combina con la palpacion hipogástrica, se asegura que el resto del tejido peri-uterino y los ligamentos anchos están normales y exentos de inflamacion.

La *exploracion por el espéculum* es muy dolorosa y las mas veces inútil; podrá dar á conocer los signos visibles de inflamacion de la vagina y del cuello, que los demás síntomas han dado suficientemente á conocer.

Los síntomas procedentes de las vias digestivas se limitan á la *inapetencia*, *repugnancia de los alimentos*, á veces *náuseas*, *sed* régular y *extreñimiento* pertinaz, con *dolores espulsivos*, de que ya nos

(1) Párrafo consagrado al *Diagnóstico*.

hemos ocupado; por el contrario, cuando la inflamacion ha invadido el recto considerablemente, hay *diarrea, pujos* y *excreciones* mucosas análogas á las de la disentería.

En dos casos se unieron á los síntomas anteriores *vómitos biliosos*, *náuseas continuas* y un poco de *salivacion*. La inflamacion se habia propagado al peritoneo inmediato, demostrándose por *dolores mucho mas intensos que los ordinarios*, que se extendian al hipogástrio, irradiándose á los vacíos (1).

Nada notable se observa en las *vias urinarias*, mientras no se propaga la inflamacion al tejido celular ante-uterino.

Casi siempre está el *pulso* medianamente acelerado; en dos casos en los que la inflamacion alcanzó el peritoneo inmediato, se elevó á 108 y 114, haciéndose débil y pequeño; en los demás no pasó de 90, y conservó su volúmen ordinario.

La *cara* está siempre ansiosa, expresando el sufrimiento en el mayor grado en el momento de las exacerbaciones. En los casos en que se invade el peritoneo inmediato, se pone pálida, contraida, una expresion sumamente dolorosa.

El *decúbito* en general es dorsal, la cabeza bastante elevada para que el tronco esté un poco adelante. En las exacerbaciones, las enfermas cambian cada momento de posicion con la esperanza de encontrar alivio y sin hacer variadas y extrañas contorsiones.

Nunca hemos observado síntomas cerebrales.

Tales son los síntomas de esta afeccion. En los casos de *supuracion* los fenómenos cambian de naturaleza, y suelen disminuir rápidamente y aun desaparecen en algunos instantes en los casos en que el absceso se procura una via fácil al exterior.

B. **Flemon ante-uterino.**—Hemos observado esta inflamacion aislada en tres casos. Los síntomas particulares de esta especie son los siguientes: las enfermas experimentan un *dolor* hipogástrico agudo con exacerbaciones. El tacto vaginal da á conocer el fondo de saco posterior perfectamente libre y blando. En el anterior, por el contrario, se percibe, no un tumor circunscrito y redondeada como en la especie antecedente, sino una *tension* marcada, una resistencia insólita, resultante de la inflamacion. La disposicion apretada del tejido celular que une la pared vaginal á la vejiga y una porcion de su cuello explica esta diferencia. No se perciben lateralmente de un modo distinto los límites de esta existencia. La *presion* ejercida con la extremidad del dedo sobre la parte resistente, ocasiona el mas intenso dolor, lo mismo sucede cuando queriendo rechazar el cuello atrás se ejercen tracciones sobre este punto.

Un sistema constante y notable en el *dolor unido á las contracciones vexicales* durante la emision de la orina, de que las enfermas se quejan con intensidad. Al mismo tiempo sobreviene *necesidad fre-*

(1) Véase mas adelante § IV (*Anatomía patológica*).

cuente de orinar, que molesta mucho á las que debiendo resistirlas tienen que ceder por la irritacion vexical.

Todos los fenómenos descritos en la forma precedente, excepto los relativos al recto, pertenecen lo mismo á este. Los fenómeños peritoneales se presentan con mas facilidad en esta forma, tal vez por ser mas fácil la propagacion á la parte superior, cuyo tejido es mas flojo.

C. **Inflamacion ante y retro-uterina reunidas.**—Uniendo los síntomas propios á cada una de las formas antedichas en un grupo comun, se obtiene el cuadro sintomatológico de la enfermedad. Basta, pues, mencionarla.

En cuanto á los casos de inflamacion situada en las partes laterales del útero, como el tumor se dirije un poco atrás, hácia el recto, predominan los fenómenos de la segunda especie.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

Hemos indicado ya suficientemente el curso general de la inflamacion peri-uterina, al describir las formas aguda ó crónica de esta afeccion; pero añadiremos aun que en algunos casos, al cábo de diez y aun veinticuatro horas, los síntomas se reproducen con mayor violencia, lo cual se repite durante cuatro, seis, ocho dias, y á veces mas. Tal es, como se ve, una *intermitencia irregular* bien pronunciada. En algunos casos esta intermitencia se aproxima á la periodicidad hasta el punto de haber dado lugar á creer en una enfermedad francamente intermitente.

La *duracion* de la afeccion, *cuando se determina por resolucion*, es de ocho á diez dias por lo comun. Sin embargo, queda despues de este tiempo un punto de induracion todavía doloroso en el punto que habia ocupado la inflamacion, y las mujeres tienen aun necesidad de cuidados. Cuando la *inflamacion se termina por supuracion*, los síntomas dolorosos tienen una duracion algo mas larga, pues que pasan algunos dias antes que se forme la coleccion purulenta, despues la abertura del tumor natural ó artificial pone término de la enfermedad.

La *terminacion* de la enfermedad es variable; en el mayor número de los casos se verifica por *resolucion*; hemos visto en efecto, de 25 casos, establecerse la supuracion solo en 2 casos en la inflacion retro-uterina, una vez en la variedad ante-uterina, y una vez en las dos variedades reunidas. En total 4 veces de 25. Este es un punto muy importante, pues prueba que la enfermedad ha sido muchas veces desconocida, pues que solo se ha estudiado bien en los casos en que se ha producido el absceso. Sin embargo, como hemos visto, no se encuentra menos caracterizada cuando debe terminar por resolucion.

Cuando se termina por resolucion, se ven disminuir los síntomas

generales, [illegible] cesan por completo. El tumor en la infla-[illegible] los tejidos [illegible] en la variedad ante-[illegible] menos dolorosos [illegible] desaparece todo [illegible] reduciéndose á un punto ele-vado [illegible] por cierto tiempo un núcleo [illegible] Los tejidos recobran su flexibilidad, pa-[illegible] como en el estado normal.

[illegible] supuracion, hay signos como los ligeros [illegible] casos, pero no en [illegible] y una fluctuacion [illegible] circum-uterina, y solo cuando [illegible] muy considerable entre la pared vaginal y la [illegible] exterior. En los [illegible] por la va-[illegible] se con-[illegible] En este caso se obser-[illegible] de los [illegible]

[illegible] parte anterior del útero, [illegible]

[illegible] á los ligamen-tos anchos [illegible] algunos caracteres algun [illegible] (2).

§ IV.—Sitio anatómico y causas.

Sitio anatómico de la inflamacion circum-uterina.—La inflama-cion circum-uterina, estudiada primero con el nombre vago de *in-farto del útero*, fue considerada por la primera vez por Lisfranc (3) como un grupo de casos patológicos, al que tuvo el mérito de asignar caracteres fundamentales, llamando la atencion sobre la existencia de los dolores pelvianos y de una tumefaccion en conexion con una parte del útero. Despues vienen las investigaciones sobre la natura-leza de esta afeccion, cuyo carácter realmente inflamatorio fué con-sagrado por la expresion de *metritis crónica parcial*. Pero si Lis-franc habia *grosso modo*, indicado uno de los hechos fundamentales de la historia de las inflamaciones circum-uterinas, y si su natura-leza flegmásica se habia puesto fuera de duda, no debia de tardar en hacerse un estudio mas completo de la cuestion, determinando im-portantes discusiones, destinadas á reconocer en este estado patoló-gico, un predominio especial de las lesiones de un tejido comparadas con las del utero, de los que entran como elementos en la estructura de la region.

(1) Véase mas adelante, TUMORES INFLAMATORIOS DE LAS FOSAS ILÍACAS.
(2) Véase mas adelante, INFLAMACION DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS.
(3) Lisfranc, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 646 y sig., Paris, 1842.

Se admitia generalmente la frecuencia de los tumores inflamatorios de los ligamentos anchos, y Nonat, en 1846, suministró, sobre las diferentes formas de esta afeccion, nociones mas claras y positivas, cuando distinguiendo en las afecciones de este género un elemento inflamatorio, del que no se habia hecho mencion hasta entonces, llegó poco á poco á considerarle como dominando la patologia peri-uterina. Entre el útero y el peritoneo que le reviste exteriormente, existe tejido celular que puede inflamarse. «La capa celular peri-uterina, bastante densa por encima de la insercion vaginal á la matriz, y al nivel de los fondos de saco peritoneales, se va adelgazando á medida que se va aproximando, conforme se aplica á la parte media y al fondo del órgano. Es de una estructura laminosa y no se infiltra nunca de grasa. Su estructura y poco espesor explican perfectamente porqué la inflamacion, en vez de producirse siempre con la forma aguda, con intensidad, y determinar con rapidez la formacion del pus, siga por lo comun una marcha lenta, progresiva, produciendo en vez de glóbulos purulentos, elementos plásticos, cuya acumulacion forma á la larga esas masas induradas que constituyen los *flemones peri-uterinos crónicos.*» Tal es, en resúmen, la doctrina expuesta por Nonat (1).

Segun Bernutz y Goupil (2), han hecho observar que la delgada capa del tejido celular intermedio entre el tejido del útero y el peritoneo, que le recibe por su finura y tejido apretado, es difícil que puedan dar lugar á tumores inflamatorios como los descritos por Nonat. Hicieron notar asímismo en dos autopsias, en que el tumor inflamatorio que durante la vida habia presentado los signos característicos de los flemones peri-uterinos, no tenian por asiento el tejido celular en cuestion, sino que estaba constituido por las vísceras pelvianas reunidas entre sí por medio de adherencias peritoneales. En otros términos, no habia entonces un flemon peri-uterino, sino una peritonitis de la pélvis, ó, como dicen estos autores, una *pelvi-peritonitis.*

Para Bernutz y Goupil, á la inflamacion del peritoneo pelviano deben atribuirse las adherencias peritoneales tan comunes en el contorno de los órganos genitales, constituyendo una afeccion muy frecuente. La comparan á la inflamacion de la túnica vaginal en la orquitis, solo que si hay analogía en el trabajo morboso que se ejecuta, no la hay en la gravedad de sus consecuencias. La trasmision del proceso inflamatorio del útero inflamado al peritoneo inmediato, provoca un trabajo de exudacion plástica que, no solo por su extension determina numerosas simpatías, sino que tambien da lugar á la produccion de adherencias que unen al útero á los órganos inme-

(1) Nonat, *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1860.

(2) Bernutz y E. Goupil, *Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins* (*Archives de médecine*, 1857), y *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1862, t. II.

diatos, comprometiendo mas ó menos sus funciones. Así se desenvuelven los tumores perceptibles por el tacto vaginal ó la palpacion hipogástrica, y que están formados en parte por exudaciones fibrinosas por las vísceras aglomeradas.

Bernutz y Goupil consideran, además, las peritonitis pelvianas como consecutivas en casi todos los casos de un estado morboso variable de uno de los órganos genitales internos (los ovarios, las trompas y mas frecuentemente el útero). Los síntomas predominantes pertenecen á la pélvi-peritonitis, mientras que la afeccion uterina ó tubo ovárica, aunque la mas importante, pues que de ella depende el desarrollo de la inflamacion de la serosa pelviana, solo se indica por síntomas oscuros. Bernutz y Goupil rechazan además la existencia de flemones peri-uterinos subagudos ó crónicos aun en los casos en que hay flegmasía del peritoneo pelviano, y el tumor perceptible al tacto, está constituido por bridas seudomembranosas y por aglomeraciones intestinales (1).

Entre las opiniones contradictorias de Nonat y de Bernutz y Goupil viene á colocarse la de Aran. Sobre las partes laterales del útero, ha podido este autor en tres diferentes investigaciones, reconocer infartos parciales del tejido celular, asegurándose despues de la muerte de la composicion verdadera de estos infartos. Segun él, la inflaciom del tejido celular pelviano que rodea el útero no puede negarse, el tejido celular subperitoneal está constantemente denso y endurecido en los casos análogos á los descritos por Bernutz y Goupil, pero estas condiciones se encuentran rara vez en el ligamento ancho, y por el contrario, con mucha frecuencia en la especie de anillo celuloso que abraza el cuello del útero por delante, por atrás y por los lados.

Cuando el tumor de la cavidad pelviana adquiere proporciones bastante considerables para sentirse al través de la pared del abdómen, no cree Aran que se forme exclusivamente á espensas del tejido celular pelviano, y sobre este punto es opinion Bernutz y Goupil: nunca un tumor de volúmen algo considerable depende únicamente del tejido celular pelviano. Los tumores de este género resultan de las adherencias de los anejos del útero entre sí, por una parte y por otra de la de los anejos del útero con los órganos contenidos en la cavidad pelviana. Aran cree tambien que es lo mas frecuente, que del ovario y de la trompa parta la accion inflamatoria que provoca la inflamacion peri-uterina.

Así, Aran y otros muchos profesores, entre los que se encuentra Michel Peter (2), admiten que los pequeños tumores peri-uterinos

(1) Véase J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes*, trad. fran. de Michel Peter. Pater, Paris, 1864, p. 253-259.
(2) Michel Peter, Anotaciones á su traduccion francesa de J. H. Bennet *Traité de l'inflammation de l'utérus*, p, 259, Paris, 1864.

pueden residir en el tejido celular subperitoneal, mientras que los tumores voluminosos son resultado de una pélvi-peritonitis (1).

Tales son, expuestas lo mas sucintamente posible, las principales opiniones que reinan acerca del asiento anatómico de las inflamaciones círcum-uterinas. Nos queda examinar las causas asignadas á estas inflamaciones.

2.ª *Causas predisponentes.*—La *edad* de las enfermas varía de diez y siete á cuarenta y dos años. Ninguna habia pasado el período de la aparicion menstrual, lo que debe notarse, porque prueba que en esta época en que el útero goza de toda su vitalidad se producen las inflamaciones que tienen por asiento el contorno del órgano.

Nada que deba mencionarse se ha observado relativamente á la *constitucion* y al *temperamento*.

De 17 casos recogidos con cuidado, 11 eran relativos á mujeres que habian presentado *dismenorrea,* dependiente de *congestion sanguínea.*

En 3 casos de 25, las enfermas presentaban *dislocacion uterina* que habia sido tratada por el *enderezador uterino.* No colocamos esta causa entre las ocasionales porque la inflamacion no se produce inmediatamente á consecuencia de la aplicacion del enderezador, sino muchos dias despues y cuando han aparecido las reglas sin observar las enfermas nada en este intervalo. Hé aquí cómo puede explicarse la produccion de la inflamacion. Por una parte, la primera aparicion de las reglas despues de la aplicacion del enderezador va marcada por notable aumento en la abundancia del flujo menstrual; el raptus sanguíneo es, pues, mas considerable. Por otra parte, durante el flujo menstrual es cuando se producen las inflamaciones de que tratamos, porque sin duda ninguna los tejidos que rodean el útero son entonces asiento de una hiperemia, que cuando es muy violenta puede degenerar en inflamacion. Estas razones nos demuestran cómo el enderezador uterino puede favorecer esta congestion, siendo causa de la inflamacion. No es menester creer que una accion violenta sobre el útero determine la inflamacion. Podrá suceder así cuando se obre sin precaucion en enfermas cuyos órganos genitales están ya inflamados; pero no suceden así las cosas en los casos que citamos.

En fin, en dos casos los tejidos peri-uterinos estaban dolorosos y tumefactos, presentando, en una palabra, signos de *inflamacion subaguda,* y las enfermas presentaron repetidas veces en las épocas menstruales inflamaciones agudas de los tejidos retro-uterinos, á los que predisponia necesariamente la inflamacion preexistente.

En 8 casos de pelvi-peritonitis que Bernutz y Goupil recogieron, y que consideraron como traumáticos, 3 eran consecuencia de excesos venéreos, 2 se desarrollaron durante la evolucion de úlceras sifi-

(1) Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris año 1860.

líticas del cuello, 2 despues del empleo del histerómetro, y 1, en fin, por el uso de una ducha vaginal ascendente prescrita para una afeccion úlcero-membranosa del cuello (1).

3.° *Causas ocasionales.*—En un solo caso de los diez y siete completamente observados, la afeccion sobrevino poco tiempo despues del *parto*. Quizá encontrarán despues esta causa con un poco mas de frecuencia. No es menos notable que la inflamacion, que despues del parto ocupa tan frecuentemente los ligamentos anchos, se muestre tan rara vez en las mismas circunstancias en las enfermas que hemos observado. Es menester no confundir con estos casos aquellos en que la inflamacion ha existido primitivamente en la fosa ilíaca alcanzanzando el tejido celular que rodea el cuello (2); en estos últimos solo hay una simple extension de la inflamacion primitiva.

De 99 observaciones recogidas en el hospital de Lourcine y de la Pitié, en una sala en que solo habia excepcionalmente mujeres paridas, 43 pelvi-peritonitis eran puerperales, 35 habian sobrevenido despues del parto y 8 despues de aborto; 4 casos fueron consecuencia de dificultad en el trabajo del parto, 3 por la impresion del frio, 9 por inobservancia del reposo en la cama, 1 por fatigas y otro por excesos venéreos. En cuanto á la época relativa del principio de la afeccion, 15 veces se presentó en los diez primeros dias despues del parto, 3 solo en época mas lejana, correspondiendo á la época habitual de la presentacion de las reglas.

En un conjunto de veinte observaciones de pélvi-peritonitis recogidas tambien por Bernutz y Goupil, la inflamacion se manifestó: 3 veces á consecuencia de una menstruacion incompleta sin causa determinada, 2 veces despues de violentos dolores dismenorréicos, 15 veces, en fin, hubo una supresion brusca del flujo catamenial, determinada á su vez por la impresion del frio, 9 veces, 3 por una emocion moral viva, una vez por la exploracion con el espéculum, otra por una cauterizacion del cuello uterino, y otra por relaciones sexuales durante el período menstrual.

La inflamacion del útero y de la vagina puede llegar á *extenderse* al tejido peri-uterino y producir la afeccion de que nos ocupa. Tal es lo que hemos visto en una jóven de diez y siete años y medio que habia contraido una vaginitis. La inflamacion alcanzó al útero, y despues al tejido peri-uterino, extension indicada por dolores intensos, produciéndose un tumor que supuró.

De 28 pelvi-peritonitis ligadas á la blenorragia, y que formaban mas de la cuarta parte de las recogidas por Bernutz y E. Goupil en el hospital de Lourcine, existia entre ambos estados patológicos una íntima conexion: 15 observaciones contienen detalles circunstancia-

(1) Bernutz y E. Goupil, *Clinique des maladies des femmes*, t. II, p. 101. París, 1862.

(2) Valleix admite la existencia del *flemon uterino*.

dos desde la invasion del flujo virulento, y nos demuestran que la inflamacion de la serosa pelviana se produjo en épocas variables: una vez del octavo al noveno dia de la invasion del flujo, una vez al duodécimo, tres veces al décimocuarto y décimoquinto, una vez tres semanas despues de la invasion, siete veces en los últimos dias del primer mes, una vez seis semanas despues, y una vez á los dos meses de indicarse el flujo.

En un caso despues de excesos del cóito es cuando se produjo la inflamacion circum-uterina.

En fin, en otras enfermas no hubo ninguna causa ocasional apreciable. Durante la época menstrual se manifestaron dolores mucho mas intensos que de ordinario, se produjo fiebre y se declaró la enfermedad.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Tumor inflamatorio retro-uterino.—La afeccion con que se le confunde mas fácilmente es la *retroflexion*. El tumor vaginal produce en efecto síntomas casi idénticos. En uno y otro caso se encuentra el cuello adelante, un tumor que hace prominencia en la parte posterior y superior de la vagina, existiendo entre los dos un ángulo entrante mas ó menos profundo. La consistencia del tumor en la retroflexion es mas grande, aunque tambien menos doloroso; pero estos datos son insuficientes. Todas las dudas se disipan pronto con el empleo de la sonda uterina. Esta penetra el extremo y la concavidad adelante hasta mas de 6 centímetros, y el tumor queda inmóvil en los casos de inflamacion retro-uterina. A veces el tumor es tan voluminoso que el útero se desvia á la derecha ó á la izquierda. Si se experimenta un poco de dificultad al penetrar directamente la sonda, es necesario no emplear la fuerza, sino dirigir con suavidad el estremo del instrumento á uno ú otro lado, y entonces se la ve avanzar hácia una ú otra fosa ilíaca.

Hemos sido llamados tres veces para pretendidas retroflexiones que no eran otra cosa sino tumores inflamatorios de este género, y en dos casos se habian ejercido presiones muy dolorosas para reducir la desviacion. El medio de exploracion indicado hizo muy pronto reconocer el error, y la inflamacion cedió á los medios de tratamiento expuestos mas adelante.

El mismo medio de diagnóstico basta para hacer distinguir la inflamacion retro-uterina de un *tumor situado en la pared posterior del útero*, de un *tumor del ovario*, etc.

En el artículo consagrado al *hematocele retro-uterino* se ha expuesto el diagnóstico diferencial de estas dos lesiones que tienen muchos síntomas comunes.

La inflamacion del *tejido celular situado entre el cuello y la vejiga* podian tomarse por una *cistitis*. La resistencia de los tejidos en

la parte mas profunda del fondo de saco vaginal anterior, el dolor circunscrito en este punto, los síntomas gástricos y peritoneales bastan para dar á conocer la existencia de la primera de estas dos afecciones.

La inflamacion crónica y circunscrita del tejido celular útero vexical, tal como la describe Gosselin (1), puede confundirse con facilidad con una anteflexion. En este caso, como en el referido por Ed. Simon, ó en un absceso crónico del volúmen de una naranja, limitado por la vejiga, por el útero, el fondo de saco anterior del peritoneo y los bordes internos de los ligamentos anchos, el diagnóstico solo es posible con el auxilio de la sonda uterina (2).

La *inflamacion expontánea de los quistes del ovario* y del peritoneo inmediato, se traduce por un tumor hipogástrico doloroso que hace prominencia en la vagina y en el recto. Existe al mismo tiempo (circunstancia que favorece la confusion) el conjunto de síntomas habitual de una *pelvi-peritonitis* poco grave ó reciente, unida á alteraciones de los órganos genitales mas ó menos marcados de variable antigüedad. En los casos de este género se encuentra entre la induracion peri-uterina que resulta de la inflamacion del peritoneo, un tumor oscuramente fluctuante, cuyos caractéres son en general bastante marcados, para poderse conocer que los accidentes agudos tienen por punto de partida la inflamacion de un quiste del ovario, á pesar de la poca frecuencia de esta flegmasía. Este tumor ocupa generalmente una situacion antero-lateral con relacion al útero; sitio excepcional por el contrario cuando se trata de una *inflamacion peri-uterina*; además la dislocacion expecial que imprime al útero el tumor procedente de la inflamacion quística, presenta tambien una forma regularmente globulosa, á la par que una resistencia oscura cuanto fluctuante, expecial de la hidropesía ovárica. A estos signos físicos se añaden, la benignidad relativa de los accidentes de la peritonitis comparada en volúmen considerable en relacion á la invasion reciente de los dolores que presenta el tumor, del cual solo una parte presenta al tacto vaginal los caractéres de las induraciones peritoneales, mientras que en su centro existe la base del quiste con su resistencia expecial, que es mas dolorosa que la tumefaccion periférica. En fin, como último elemento de diagnóstico, se tiene la persistencia del tumor quístico que queda sensiblemente el mismo, no solo durante el incremento, sino tambien en el período de absorcion de los productos de la inflamacion peritoneal, y la persistencia de los demás caractéres del quiste, que excepto la desaparicion del dolor no se modifican á pesar del descenso de la peritonitis. Mas tarde, despues de la resolucion del trabajo inflamatorio, la observacion de los fenómenos físicos propios del quiste confirmará el diagnóstico;

(1) Gosselin, *Leçons sur le phlegmon péri-utérin*.
(2) P.-C. Huguier, *De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin*, p. 86. Paris, 1865.

en esta época, esta nocion tendrá una utilidad diferente, pues que permitirá mayor precision en el pronóstico. Esta indicacion ulterior puede faltar; sin embargo, como se ha visto en algunos casos raros, á la verdad ó (despues del trabajo inflamatorio de que acaba de ser asiento, y bajo la influencia del tratamiento antiflogístico) el quiste, no solamente puede disminuir, sino que puede dejar de ser apreciable (1).

Mas adelante daremos los medios de establecer el diagnóstico diferencial entre la inflamacion peri-uterina y los *flemones de las fosas iliacas* (2).

En algunos casos es difícil establecer el diagnóstico diferencial entre la inflamacion peri-uterina y los *tumores fibrosos*. Esto resulta de la duracion considerable que las inflamaciones peri-uterinas pueden adquirir á consecuencia de la larga duracion del trabajo inflamatorio, al mismo tiempo que la conexion del útero con los núcleos indurados, cuando están directamente aplicados á las paredes uterinas. La confusion es aun mas fácil por la frecuencia de menorragias ó pérdidas que se multiplican considerablemente cuando las enfermas se hacen caquécticas. En estos casos las induraciones inflamatorias peri-uterinas presentan además al tacto todos los caractéres propios de los tumores fibrosos. Es verdad que algunas veces estas suelen ser el punto de partida de la inflamacion peri-uterina (3), pero por lo comun no sucede así. No se debe, por lo demás, basar el diagnóstico únicamente sobre el resultado de diversas exploraciones; «es necesario discutir uno á uno los síntomas racionales en particular, los dolores, las recrudescencias que producen, el reconocimiento de si su periodicidad va acompañada ó seguida de cambios en la tumefaccion, fenómenos que se observan casi únicamente en las pelvi-peritonitis (4). Es menester además estudiar la filiacion de los accidentes propios ó agregados á la afeccion genital.» (Bernutz).

Pronóstico.—A pesar de la violencia de los síntomas, no es grave el pronóstico. Podrá cambiar nuestra opinion, la trasmision de la afeccion á otras partes; pero entonces se trata de otra enfermedad diferente. La abertura del absceso mas feliz es la que se efectúa por la vagina.

§ VI.—Tratamiento.

Las *emisiones sanguíneas generales y locales* deben emplearse desde luego con energía. Hemos empleado principalmente las *sanguijuelas* y las *ventosas escarificadas*, habiendo sido necesario siempre

(1) Aran, *Maladies de l'utérus*.—Goupil, *Bulletins de la Société médicale d'observation*, 1856, y *Clinique méd. des maladies des femmes*, t. II, p. 392.
(2) Art. Tumores inflamatorios de las fosas ilíacas internas.
(3) Bernutz, *Clinique des maladies des femmes*, t. II, p. 425.
(4) Véase anteriormente, p. 380.

repetir su aplicacion (tres ó cuatro) en los momentos de exacerbaciones indicadas antes. Siempre han producido calma en las enfermas.

El segundo medio consiste en la aplicacion de *pequeños vejigatorios volantes* curados mañana y tarde, con 1 ó 2 centígramos de sal mórfica, haciéndolos renovar desde que se secan; calman los dolores y hacen mas uniforme la marcha del padecimiento. Sus buenos efectos son evidentes en todos los casos.

Vienen en seguida las *cataplasmas*, *baños de asiento*, *inyecciones emolientes* y *narcóticas*, los *calmantes al interior*, el *hielo*, *agua de Seltz*, la pocion de *Riverio* en los casos de vómitos.

Conviene dar siempre un laxante (magnesia, citrato de magnesia, sulfato de sosa, etc.), en los casos frecuentes de extreñimiento.

En fin, la *dieta* y el *reposo* mas absoluto posible completan este sencillo tratamiento, por medio del cual la enfermedad termina casi siempre por resolucion.

En los casos de abscesos, *se ha dado salida al pus por medio del bisturí*. Para poder obrar así es menester que el tumor haga gran prominencia en la vagina, y que se perciba claramente la fluctuacion.

A veces la abertura se produce expontáneamente; pero si la *abertura es muy estrecha solo permite incompletamente la salida del pus*; en un caso de este género nos vimos precisados á agrandar la abertura con el bisturí ordinario. El espéculum bivalvo, que se abre lateralmente, permite descubrir el tumor. Seria mejor emplear el bisturí de boton y hay abertura expontánea, y sino hacer una puncion y agrandar la abertura con el bisturí abotonado.

Cuando el pus sale por la vagina, es menester multiplicar las inyecciones. Si *sale por el recto*, se aconsejan repetidos *enemas emolientes*; en fin, en los casos en que *se abre paso á la vejiga* son muy útiles las inyecciones emolientes en este órgano.

APÉNDICE A LAHISTORIA DE LA INFLAMACION CIRCUM-UTERINA.

INFLAMACION DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS.

La *inflamacion de los ligamentos anchos* nos parece merece una descripcion separada en razon de ciertas diferencias que la separan de las demás inflamaciones circum-uterinas, pero dejaremos de repetir la observacion que hemos hecho ya acerca de estas, á saber: que las relaciones íntimas que ligan entre sí las diversas porciones de los anejos del útero, no deben olvidarse mas en el estado patológico que en el fisiológico. Veremos tambien que la independencia de la inflamacion de los ligamentos anchos, aunque es frecuente en la clínica, es sin embargo absoluta.

§ I.—Definicion y sinonimia.

Apenas hay necesidad de definir la inflamacion de los ligamentos anchos; sin embargo, esta designacion general comprende divisiones que conviene no desconocer; así, segun ciertas circunstancias que procuraremos exponer, la inflamacion queda limitada al tejido celular que constituye la mayor parte de los ligamentos anchos (*flemon*) y á los órganos que contienen, ó bien se extiende al peritoneo, sea que presente gran tendencia á localizarse, sea que marche con deplorable rapidez.

§ II.—Causas.

Despues del parto es cuando expecialmente se produce la inflamacion de los ligamentos anchos. Esta relacion con el puerperio se ha presentado como constante por G. Bernutz, y despues por otros autores, entre los que se encuentra P. Pàris (1). Sin embargo, tenemos á la vista tres casos observados fuera del estado puerperal y en enfermos que se encuentran en iguales circunstancias, en las que hemos visto presentarse una inflamacion del tejido peri-uterino Ed. Simon refiere tambien un caso de absceso desarrollado en el tejido celular ante-uterino y extendiéndose un poco á los ligamentos anchos (2); pero su existencia consecutiva á una infeccion purulenta sobrevenida en el curso de una viruela, le ha hecho considerar como análogo á los flemones que se desarrollan en el estado puerperal.

La opinion que se funda sobre los resultados suministrados por las exploraciones necroscópicas, niegan al flemon de los ligamentos anchos todo orígen fuera del estado puerperal, no es admitida por J. H. Bennet, Vidal (de Cassis) y otros muchos médicos, y Nonat, en particular, cree en su existencia aun en las vírgenes. Otros autores creen que puede presentarse en todas las épocas de la mujer, y en todas las alteraciones funcionales, todas las alteraciones del útero ó de sus dependencias, constituyen verdaderas causas predisponentes de esta inflamacion. Cuando una supresion brusca ha sido la causa, ó si ha sido la causa una ulceracion inflamatoria del cuello útero (Vidad), si en la proximidad de las *reglas*, durante su curso ó poco despues de su suspension, se ve sobrevenir la inflamacion de los ligamentos anchos (3). Segun J. H. Bennet, cuando la menstruacion se suprime de pronto, el aparato uterino no puede desembarazarse de la sangre que le ingurgita, produciéndose una congestion excesiva

(1) P. Pàris, *Du phlegmon des ligaments larges*, tésis inaugural. Paris, 1866, página 14.
(2) Ed. Simon, *Bulletins de la Société anatomique*, 1858.
(3) Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, 5.ª edicion, t. V, p. 414. Paris, 1861.

ó una inflamacion que se desarrolla en los puntos dotados de mayor grado de vitalidad, y que están por lo tanto mas dispuestos á inflamarse (1).

Si el desarrollo de la inflamacion de los ligamentos anchos fuera del estado puerperal ha sido y es aun un objeto de discusion, el flemon puerperal, del que nadie duda, presenta aun muchos puntos oscuros en su etiología. La inflamacion puerperal de los ligamentos anchos se ha observado sobre todo en las mujeres jóvenes en las primeras; el curso del embarazo parece tener poca influencia, pero nó sucede lo mismo con la lentitud ó la dificultad del trabajo del parto, sobre todo cuando la aplicacion del fórceps ó la introduccion de la mano han tenido necesidad de efectuarse. A veces no ha podido reconocerse la existencia apreciable de ninguna causa determinante, con frecuencia se achaca á la impresion del frio ó á la rápida salida de la cama. La influencia de la metritis, de las inflamaciones de las trompas ó de los ovarios, se ha admitido como fuera del estado puerperal, y, sin embargo, otros autores la rechazan fundándose en la analogía. P. Pâris, en particular, recuerda que «cuando un órgano parenquimatoso está rodeado á la vez de una serosa y de tejido celular, la inflamacion actúa únicamente sobre la serosa,» hace notar que, segun los trabajos de Bernutz, está muy probado que las alteraciones del útero y sus anejos determinan frecuentemente la *pelvi-peritonitis*.

En las autopsias, en que las trompas y los ovarios estaban, ó afectados de inflamacion simple, ó llenos de pus de diversa procedencia, una sola vez existia un pequeño núcleo del tejido celular del ligamento ancho indurado ó sanguinolento, en contacto con la trompa inflamada y trasformada en una bolsa llena de pus, lo que, segun Pâris, será suficiente para probar que es menester rechazar la influencia de las alteraciones del útero ó de sus anejos en el desarrollo del *flemon* de los ligamentos anchos.

Si la fibrina de la sangre aumentaba notablemente de proporcion durante los últimos meses del embarazo (Andral y Gavarret), resultará que las puerperas están mas expuestas á las inflamaciones, cualquiera causa local podrá determinando este estado morboso producir la inflamacion de los ligamentos anchos. Segun Pâris, si se observa que despues de las del útero son las venas de los ligamentos anchos las que mas se desarrollan durante el embarazo, cualquiera alteracion que actúe sobre esta activa circulacion, la retraccion rápida del útero despues del parto, y la supresion repentina del aflujo de sangre, hasta entonces necesario para la nutricion del feto, pueden convertirse en causas flogísticas. Estas dos circunstancias, unidas al aumento de fibrina en la sangre de las paridas, son bajo la influencia de un traumatismo del útero, ó ya expontáneamente favorecerán en

(1) J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes*, trad. fran. de la 4.ª edic., por Michel Peter, p. 240.

las venas del ligamento ancho, coagulaciones ó flebitis capaces de determinar inflamacion del tejido celular peri-uterino; y si esta localizacion se verifica donde los vasos están mas dilatados, lo hará generalmente en el ligamento ancho del lado izquierdo (1).

Sin embargo, en la mayoría de los casos registrados en la autopsia no se habla de alteraciones de las venas, á no ser en las que han sucumbido á la fiebre puerperal, afeccion en la que la flebitis del ligamento ancho, comunes en ambos lados, podrán predominar en el izquierdo (J. Béhier). En dos casos solamente observados, uno por J. Béhier (2), y otro por P. Pàris (3), la flebitis era manifiestamente la causa de un absceso del ligamento ancho; sin embargo, faltan aun pruebas suficientemente numerosas, «si se considera por una parte que el útero, la trompa y el ovario inflamados están rodeados de tejido celular completamente sano, y además que las venas enfermas están casi siempre envueltas en un tejido celular inflamado en grados diversos; hay ocasion para admitir á las flebitis como actuando en gran parte en la produccion del flemon de los ligamentos anchos, sin decir por esto que esta sea su sola causa (4).

§ III.—Lesiones anatómicas.

Solo se produce por lo comun la muerte «cuando sobrevienen en los órganos inmediatos cambios tales que es casi imposible distinguir los fenómenos primitivos de los secundarios, y decir si la enfermedad ha comenzado por los ligamentos anchos ú otros órganos.» Es, pues, difícil hacer una descripcion precisa.

«Si la inflamacion de los ligamentos anchos existe como complicacion de una metro-peritonitis aguda, independientemente de las lesiones del útero y del peritoneo, propias de la metro-peritonitis, independientemente de los derrames sero-fibrinosos y de falsas membranas que aglutinan entre sí las asas intestinales inyectadas, el tejido contenido entre las hojas del ligamento ancho y los ovarios se encuentra tumefacto, congestionado é inyectado de pus, ó bien hay focos purulentos mas ó menos considerables en los repliegues peritoneales, en los ovarios ó las trompas.»

Aunque esta descripcion se aplica especialmente á los flemones de las puerperas, «tales son sin duda, añade J. H. Bennet (5), las lesiones anatómicas de la forma simple ó no puerperal de la enferme-

(1) P. Pàris, *loc. cit.* p. 21.—Véase tambien A. Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, p. 478.
(2) J. Béhier, *Conférences de clinique médicale*, enfermedades de las puerperas, obs. 33, p. 674, Paris, 1864.
(3) P. Pàris, *loc. cit.*, p. 12.
(4) *Id.*, *ibid.*, p. 22.
(5) J. H. Bennet, *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes*, edic. cit., p. 263.

dad, lesiones que hay rara vez ocasion de observar, pues no suelen determinar la muerte en esta forma.

«Las alteraciones de los ovarios (1) se presentan en diversos grados; unas veces solo se altera la porcion serosa de estos órganos, y entonces aparecen cubiertos de una capa seudo-membranosa, mas ó menos espesa y extensa; otras veces se encuentran mas ó menos aumentados de volúmen, y entonces está modificado su tejido propio; suelen estar infiltrados de serosidad en mas ó menos abundancia, impregnando sus mallas, pero entonces el tejido celular que los cubre no está alterado.» (J. Béhier.)

En otra forma de reblandecimiento, el ovario está agrisado, diseminado de puntos purulentos; presentan abolladuras al mismo tiempo que un volúmen mas considerable; su cubierta exterior presenta inyeccion vascular punteada, muy intensa y como equimosada, con una coloracion roja, intensa, desigual. En otros casos, los ovarios están friables y se deshacen en una pulpa granugienta, que encierra á veces pequeños abscesos, cuyo volúmen varía entre un guisante y una avellana. «Además, continúa J. Béhier (2), los abscesos múltiples son á veces muy voluminosos; á veces todo el ovario se encuentra convertido en una vasta bolsa purulenta, quedando solo del órgano sus cubiertas, y el tejido propio se encuentra rechazado y como adelgazado por la supuracion. En los casos de este género, la porcion cortical del ovario está engranada é indurada.... En fin, este órgano puede estar reblandecido hasta el punto de ser completamente difluente, así es que si se le observa sin precaucion puede escapar á la investigacion necroscópica.

En cuanto á las alteraciones mas frecuentes de las trompas, «consisten en la tumefacion, inyeccion sanguínea é infiltracion serosa de su tejido; el pabellon está abollado, surcado de líneas rojizas que tienen á veces relacion con los estrias de ciertas agatas; del centro del pabellon, por medio de la presion, suelen salir gotas de verdadero pus, los festones de esta parte están unos en puntos gruesos y como dilatados, y en otros prolongados y delgados. El conducto de la trompa está dilatado y generalmente contiene ó un líquido purulento en variable cantidad ó sanies puriforme (3).»

En un caso referido por P. Pàris (4), y en el que los ligamentos anchos estaban engruesados, se encontró su cubierta peritoneal lisa y de color normal, pero su tejido celular infiltrado de una materia

(1) Anteriormente, en el artículo OVARITIS, hemos voluntariamente omitido la descripcion de las lesiones anatómicas, que frecuentemente, sobre todo en el estado puerperal, coinciden con el flemon del ligamento ancho correspondiente.

(2) J. Béhier, *loc, cit.*, p. 515.

(3) J. Béhier, *loc. cit.*, p. 515.

(4) Reproducimos aquí los resultados de la exploracion microscópica tales como los ha publicado P. Pàris, en apoyo de la opinion que hemos resumido anteriormente, § II, p. 332.

gelatiniforme excepto en la parte superior en donde los pabellones estaban intactos. El ligamento ancho formaba un tumor perceptible durante la vida por el tacto vaginal, y unido por su cara interna al útero, en cuyo sentido ascendia hasta 3 ó 4 centímetros por encima del cuello, descendiendo en direccion de la vagina hasta 2 centímetros por debajo; rodeado de tejido celular engruesado sobre todo á lo largo de la vagina, extendiéndose lateralmente entre las dos hojas del ligamento ancho, en un espacio de 3 centímetros. La incision de estos tejidos dió salida á un pus sanioso y poco trabado; las paredes de la bolsa que le contenia eran anfractuosas y presentaban dos compartimentos prolongados; uno anterior entre el útero y la vagina, inclinado ligeramente á la derecha; el otro posterior rodeando el útero al nivel de la parte inferior del cuello. Estas dos prolongaciones dieron durante la vida lugar á induraciones percibidas al nivel de las terminaciones superiores de la vagina.

Pero la disposicion anatómica mas interesante consiste en una *dilatacion* notable *de las venas que serpean por los ligamentos anchos*.

«La mayoría están distendidos por coágulos voluminosos, rojizos, no adherentes. A la derecha la vena hipogástrica estaba llena por un coágulo amarillo pálido, adherente, placas á la superficie interna de la vena. Este coágulo formulaba en la vena ilíaca una prominencia de 3 milímetros; era un poco blando, pero no líquido, y se deshacia como el queso, á su entrada en la ilíaca estaba rodeado de una capa seudo-membranosa, y en su contorno la vena estaba de color rojo intenso y persistente. Las paredes de la hipogástrica estaban engruesadas, rojizas, cubiertas de falsas membranas en su interior; mientras que en la exterior, el tejido celular, denso, agrisado, formaba al vaso una especie de vaina que le mantenia abierto. A la izquierda se encontraban las mismas alteraciones de la ilíaca y de la hipogástrica; las venas útero-ováricas podian seguirse en su trayecto en un espacio de 3 centímetros, á partir de la hipogástrica, introduciéndose entonces en el absceso, donde su tejido se encontraba completamente destruido (1).»

§ IV.—Síntomas.

Invasion.—La invasion se marca por lo general por un dolor sordo, que no se opone en un principio al desempeño de los movimientos habituales, tales como los necesarios para la progresion; fácil de exacerbarse por la presion, ocupa, en general, el lado de la region hipogástrica, donde mas tarde se percibe el tumor, y se irradia poco á poco hácia los lomos y los miembros abdominales. En los casos analizados por P. Pàris, su aparicion tuvo lugar por lo general del décimo al décimocuarto dia despues del parto. Poco á poco se hace

(1) P. Pàris, tésis citada, p. 12 y 13.

mas intensa; su mayor agudeza corresponde al momento en que se verificó el trabajo de supuracion. El abdómen está un poco voluminoso en su parte inferior; los loquios, si el parto es reciente, disminuyen ó cesan por completo, y la secrecion láctea no se establece. Al mismo tiempo se producen escalofrios intensos que se repiten con intervalos irregulares; fiebre que aumenta por las tardes; alteraciones de las vias digestivas, produciendo unas veces diarrea y otras, que es lo mas comun, estreñimiento. En general no hay náuseas y vómitos; rara vez hay alteraciones en la excrecion de orina.

Enfermedad confirmada.—«Al cabo de un tiempo, que varía desde seis á setenta dias de la invasion, y que con relacion á la agudeza y la aparicion pronta ó tardía de los síntomas iniciales, se presenta por encima del arco de Falopio y por dentro de la fosa ilíaca interna una tumefacion mal limitada primero, mas ó menos estensa, sensible á la presion, y que siendo las mas veces poco dolorosa expontáneamente es en otros casos asiento de punzadas dolorosas. Es probable que resulte de la extension de un tumor situado mas profundamente, y á veces sensible al tacto vaginal; pero en ningun caso se ha podido observar la invasion de esta tumefaccion intra-pelviana, no habiendo parido las mujeres aun en esta época. Como quiera que sea, cuando existe esta induracion profunda, si se practica el tacto, se encuentra la vagina caliente y el cuello del útero sea en su eje, sea hácia uno de los lados de la pélvis (casi siempre al lado enfermo). La exploracion del fondo de la vagina demuestra la flexibilidad y extension del lado sano; el lado enfermo, por el contrario, está siempre disminuido á consecuencia de la inclinacion del cuello, y tambien muchas veces porque la inflamacion se prolonga mas ó menos al borde del útero y de la vagina. Se percibe en efecto, la parte superior de la pared vaginal apoyada sobre una extensa induracion muy resistente, que puede descender al nivel ó por debajo de la extremidad inferior del cuello; esta induracion rechaza adelante la pared y disminuye hasta borrarle el ángulo entrante anterior superior de la vagina. Cuando el dedo puede penetrar en él, varía la sensacion segun la extension del tumor; la inflamacion, puede, en efecto, sostenerse á cierta distancia del útero, ó al menos del alcance del dedo, y entonces cerca del útero, el fondo vaginal posterior queda libre y depresible, mientras que por fuera se percibe su reborde claro é incurvado que rodea el cuello en una porcion mas ó menos extensa de su circunferencia, de la que está un poco alejada. En fin, si la inflamacion gana el tejido celular que toca al útero, el fondo vaginal, un poco descendido, se encuentra impulsado por un tumor muy apretado que se identifica con el cuerpo del órgano (P. Pàris). (1), y se encuentra generalmente rodeado por una zona de tejido celular adiposo.

«Si la inflamacion se mantiene á cierta distancia del útero, este

(1) Pàris, observacion referida en la tésis inaugural, p. 9.

órgano queda independiente del tumor y conservan movilidad; si por el contrario, el tejido celular que está en contacto con él es invadido, el útero puede rechazarse ligeramente abajo ó arriba, y el tumor se mueve con él, presentando á veces la apariencia de un cuerpo inerte y completamente indolente.» (P. Pâris.)

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

«Los flemones de los ligamentos anchos tienen una notable tendencia á extenderse. La inflamacion se dirige á veces directamente arriba en el tejido celular que cubre la parte posterior de la pared abdominal, y puede adquirir grandes dimensiones, hasta poder ascender hasta el ombligo, sobrepasando la línea blanca; otras veces alcanza la fosa ilíaca, invadiéndola mas ó menos.»

La terminacion puede verificarse por resolucion ó por supuracion.

La resolucion se ha puesto en duda por muchos autores, y la mayoría han acordado considerarla como muy rara. Esto no debe extrañarnos si se admite que el flemon de los ligamentos anchos pertenece solo á las mujeres paridas; las inflamaciones pos-puerperales tienen en efecto una tendencia constante á la supuracion. Sin embargo, existen algunos casos en los que la resolucion parece haberse verificado: los síntomas generales disminuyen y el tumor se hace cada vez mas pequeño; pero en cuanto á la desaparicion completa solo la analogía la hace admitir. En la autopsia de una mujer afectada diez años hacia de inflamacion de los ligamentos anchos y de pelvi-peritonitis, que parecia no haber supurado, encontró Nonat (1) los ligamentos anchos engruesados é indurados, el izquierdo mas que el derecho, ambos inyectados y surcados por gran número de vasos; el fondo de saco retro-uterino estaba borrado por numerosas adherencias.

En los casos mas frecuentes en que el flemon termina por *supuracion*, los signos generales y locales aumentan la gravedad; en algunos casos cierta mejoría hace creer que se verificará la resolucion, cuando una imprudencia de la enferma, la inobservancia del reposo en la cama, da á la inflamacion una nueva agudeza. La fiebre aumenta y va acompañada de escalofrios generalmente intensos, que se repiten á intervalos irregulares. Hay á veces vómitos y con mas frecuencia diarrea. El tumor se hace sitio de dolores lancinantes, análogos á los que producen los abscesos, y sea que ocupe el hipogástrio ó la fosa ilíaca, aumenta de volúmen y de superficie. Se percibe á la par una pastosidad profunda, y despues fluctuacion que se hace mas ó menos manifiesta. El aumento del tumor se percibe tambien por la vagina; pero no puede decirse en qué época se produce la fluc-

(1) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860, p. 861. Observ. 85.

tuacion; en la mayoría de los casos sorprende la salida del pus por los órganos genitales ó urinarios, habiéndose percibido la fluctuacion en el hipogástrio.

»Cuando se ha formado el pus debe necesariamente encontrar una salida al exterior, y no hay caso en que el pus haya desaparecido sin abertura. Si esta evacuacion se retarda, la enferma adelgaza, se produce fiebre hética y muere en el marasmo con diarrea colicuativa. En la gran mayoría de los casos el pus sale por la piel, el recto, la vagina, la vejiga y aun por el útero; en fin, puede abrirse el absceso en la cavidad peritoneal determinando peritonitis prontamente mortal ó bien enquistada, que terminará con la enferma en un período mas ó menos largo.

»La tendencia de la inflamacion á dirigirse á la pared abdominal y á las fosas ilíacas se explica, sin que pueda fijarse la proporcion y la frecuencia de la abertura de estos abscesos en la piel. El tumor aumenta, la piel se enrojece, se perfora y da salida á un pus claro. El foco en general es extenso, y como la abertura no está colocada en sitio favorable, la supuracion tiene larga duracion. Sin embargo, si la extension del absceso no es muy considerable, si no llega á la region renal, como se citan ejemplos, termina por la curacion al cabo de quince ó treinta dias.

»Despues de la piel y en menor proporcion, el recto es el punto por donde se abren los abscesos de los ligamentos anchos. Se puede explicar esta eleccion á pesar de estar el foco primitivamente mas cerca de la vagina que del intestino, por el decúbito dorsal que generalmente adoptan las enfermas, y mas aun por la estructura de la vagina, cuya túnica externa, formada por una túnica fibro-erectil, resiste al trabajo ulcerativo y permite al pus perforar el intestino, en el que encuentra menos obstáculos. La coleccion purulenta forma prominencia en el recto, y despues de varios esfuerzos arroja la enferma una variable cantidad de pus. Este flujo se reproduce en cada defecacion ó de un modo intermitente durante dos ó mas dias, y la curacion se verifica con rapidez. La época de esta evacuacion es algun tanto tardía: en un caso solo se verificó dos meses despues de los primeros accidentes. La abertura se verifica en el punto mas declive, lo que no impide que se verifique otra perforacion, y Siredey cita un caso, en su tésis, de una enferma en la que un flemon del ligamento ancho, que hacia prominencia en el recto y en la vagina, se abrió en el primero, lo que no impidió que mas tarde se fraguase salida el pus por el pliegue de la íngle, lo que no impidió que se lograra la curacion.

»La abertura expontánea por la vagina es menos frecuente que que por el recto; parece ser tambien favorable, y suele verificarse á veces muy tarde, pues que se ha visto producirse á los setenta dias de la invasion del mal que á la verdad se verifica con mucha lentitud.

»Una terminacion insólita es la abertura del absceso en la vejiga.

»En fin, es mas raro aun que el pus atraviese el útero.» (Dance, J. Béhier.)

En resúmen, «hasta ahora se sabe que los flemones de los ligamentos anchos son susceptibles de terminarse por resolucion, mas á menudo que por supuracion; que pueden dejar en pos de sí una induracion que persiste largo tiempo sosteniendo el útero en una posicion defectuosa (1).»

§ VI.—Diagnóstico.

«Los síntomas de la inflamacion de los ligamentos anchos tienen tanta relacion durante el período de agudeza, con los de la *metritis aguda*, que á menos de encontrar en una ó en ambas regiones ilíacas un tumor inflamatorio, seria casi imposible distinguir estas dos afecciones entre sí: felizmente el tacto viene en auxilio del profesor. Añadiremos que existiendo un tumor desarrollado fuera del útero, seria imposible sin una exploracion directa decir positivamente si se trata de una inflamacion flegmonosa de los ligamentos anchos ó de una *inflamacion* de igual naturaleza desarrollada con *la fosa ilíaca.*

»Tal es además la proximidad de los ligamentos anchos y de la fosa ilíaca que se explica fácilmente, como en ciertos casos el tumor flegmonoso, comprimiendo en un sentido ó en otro hace la distincion casi imposible á la palpacion sola. Añadiremos que la extremada sensibilidad de las paredes abdominales, la rigidez espasmódica de los músculos que las constituyen, y en fin, la existencia de gran cantidad de tejido adiposo, pone grandes obstáculos á esta demostracion por la palpacion. Por el contrario, el tacto permite en la gran mayoría de los casos verificar el diagnóstico. El tumor flegmonoso situado en la fosa ilíaca, bien se trate de un absceso del psoas ó de un absceso lumbar, el fondo posterior de la vagina no presenta al tacto ni tumefaccion, ni calor, ni dolor, á lo mas existe un poco de sensibilidad general. Si se rechaza la vagina hácia la pélvis se encuentra el tumor flegmonoso; pero en relacion con las paredes oseas, formando en el interior una eminencia mas ó menos considerable. Los anejos del útero están inflamados, encontrándose por el tacto que la enfermedad tiene por asiento la cavidad pelviana; encontrándose además todos los caractéres que hemos descrito. En algunos casos raros la inflamacion se propaga de los ligamentos anchos á la fosa ilíaca, y recíprocamente; en estos casos los síntomas de ambas afecciones se unen y confunden.

»La *metritis parcial crónica*, que está caracterizada por la tumefaccion limitada del útero, podria tomarse por un pequeño tumor inflamatorio de los ligamentos anchos. En la metritis crónica la tumefaccion ocupa por lo general la cara anterior ó posterior del órgano,

(1) P. Pàris, tésis mencionada, p. 28 y 29.

y no las partes laterales; no hay supuracion, y los antecedentes no son los mismos.

»Un *tumor del ovario* ó *de la trompa*, un *embarazo extra-uterino*, una *acumulacion de materiales en el intestino grueso*, no pueden producir confusion á pesar de la identidad de sitio, en ausencia de todo síntoma inflamatorio y cuando los antecedentes y los síntomas son tan diferentes.

»Puede suceder que el médico no sea consultado sino cuando la inflamacion del ligamento ancho presente la forma crónica y es ya antiguo. En este caso todos los síntomas agudos pueden haber desaparecido, y las enfermas presentan todos los signos de una enfermedad crónica del útero, con alteracion de la menstruacion y exacerbaciones inflamatorias intermitentes. Pero el tacto encontrará en las partes laterales del útero los restos de un tumor flegmonoso; y los datos suministrados por la enferma vendrán en seguida del diagnóstico. Muchas veces estos han dado á conocer la enfermedad, aunque hayan desaparecido de la pélvis restos de inflamacion, quedando solo alguna sensibilidad en el punto afecto.» (J. H. Bennet.)

Añadiremos aun á los diversos elementos del diagnóstico (como los trazados por Bennet) los medios de distinguir los flemones de los ligamentos anchos y los *pelvi-peritonitis*. «Los pelvi-peritonitis sobrevienen generalmente, segun Bernutz, en los diez primeros dias que siguen al parto; el fenómeno inicial es un escalofrio muy marcado, al que acompaña un dolor muy vivo, agudo, que se aumenta por los movimientos y la presion. Así la exploracion del abdómen y el tacto vaginal suelen ser muy penbsos. Hay sufrimiento y fiebre alta; en los casos graves hay náuseas, vómitos, diarrea, pero con mas frecuencia extreñimiento; despues el vientre aumenta poco á poco de volúmen en la region hipogástrica y el tumor se forma en uno de los fondos vaginales. Hácia esta época, los síntomas generales disminuyen lentamente al menos que la peritonitis no se haga sero-purulenta, en cuyo caso continúa la misma gravedad.—Los *flemones de ligamento ancho* no tienen la misma marcha sintomática, la invasion, despues del parto, es mas tardía (1). Si en algunos casos raros se ve aparecer la enfermedad antes del dia décimo, mas frecuentemente se observa en el décimotercero, décimosesto y aun en el vigésimonoveno, el momento en que las enfermas comienzan á sufrir. Hasta entonces aparecen de buena salud, ó aunque débiles, han podido indebidamente levantarse y entregarse á sus ocupaciones habituales. Experimentan primero una sensacion de peso en el bajo vientre, despues dolores sordos un poco mas vivos á intervalos, pero que no les obliga á guardar cama. Este dolor está, por lo general, fijo en el lado en que se desarrolla el flemon, irradiándose menos que el de la pelvi-

(1) Única circunstancia en la que se ha distinguido el diagnóstico, entre el flemon de los ligamentos anchos y de la pelvi-peritonitis.

peritonitis. La palpacion del vientre no es tan penosa que dificulte la exploracion detenida y demostrar pronto la tumefaccion difusa que ocupa uno de los lados de la region hipogástrica. Casi á la misma época aparecen escalofrios de mediana intensidad, irregulares, erráticos, inapetencia, rara vez náuseas y vómitos y diarrea, muy tenaz con mas frecuencia que el extreñimiento. Rara vez descienden los fenómenos generales, y entonces la mejoría es solo pasajera y el flemon casi siempre termina por supuracion.» (P. Pâris.)

Tales son los signos racionales por los que puede conocerse la naturaleza de la afeccion inflamatoria; el diagnóstico se hará mas fácil con el estudio de los signos sensibles antes estudiados, y que por la importancia del asunto los expondremos con las mismas palabras con que los resume P. Pâris.

«Tan pronto como el líquido producido por la inflamacion de la serosa pelviana se enquista, forma un tumor apreciable por el tacto vaginal. No sucede lo mismo con todos los flemones del tejido del celular del ligamento ancho; unos, colocados cerca de su borde inferior, presentan desde luego, como los de la pelvi-peritonitis, un tumor sensible por la vagina; otros, colocados mas arriba, se desarrollan sobre todo hácia la pared abdominal ó hácia la fosa iliaca, no formando tumor vaginal sino en una época avanzada de su desarrollo. Mas tarde estas dos variedades tienden á confundirse por los progresos ulteriores de la inflamacion; es, pues, necesario estudiar las diferencias que presenta el tumor, segun que pueda reconocerse por la vagina, ó que sea apreciable por las paredes abdominales.

»El *tumor producido por la peritonitis* es al principio redondeado, haciendo prominencia en una ó en varias de las lagunas vaginales, haciéndolas cambiar de forma, haciéndolas convexas, y pronunciándose en el fondo de la vagina, rechaza el cuello del útero al lado opuesto y cambiando de forma el fondo contrario. Comprimido hácia el útero deja entre ambos un surco. No se percibe pastosidad en el momento de su formacion; bastante extenso, no está blando, sino resistente, solo cuando ha adquirido un volúmen considerable es cuando se hace claramente fluctuante. Si se absorbe el líquido, disminuye, se endurece y se trasforma en un núcleo redondeado ó bien en una brida prolongada que fija y desvia el útero.—No encontramos estos caractéres en el *tumor producido por el flemon;* desde el principio suele ser mas rápido que en las pelvi-peritonitis, es duro, sin surco de separacion que le aisle del útero, ó por el contrario, están separados por una especie de estrecho, segun que la inflamacion invade ó no este órgano. El tumor está formado por un núcleo muy denso y una zona pastosa mas ó menos ancha. La induracion no está situada solamente en el fondo vaginal; la pared de la vagina forma parte del tumor en variable extension, á veces bastante grande, de lo que resulta una elevacion hácia fuera de la pared vaginal que concurre con la inclinacion del cuello del lado del tumor á estudiar y aun ha-

cer desaparecer el fondo vaginal. Cuando se establece la supuracion el núcleo se reblandece poco á poco del centro á la circunferencia, despues el tumor se hace fluctuante, aumenta y puede adquirir un volúmen algo considerable para hacer desaparecer en medio de él el segmento próximo del cuello del útero.—El resúmen, en el primer caso (1), *tumor redondeado, resistente, bien limitado, separado del útero por un surco;* en el segundo (2), *tumor denso rodeado de una zona pastosa que aumenta su volúmen, altera su contorno, sea que forme cuerpo con el útero sea que esté completamente separado de él.*

»Es necesario estudiar los casos en que el tumor es apreciable por la exploracion abdominal.

»Las *pelvi-peritonitis* graves dan lugar á un tumor bastante considerable que de la pélvis menor se eleva despues á la cavidad abdominal, á veces hasta el ombligo, siendo primero difuso y difícil de limitar. El sitio primitivo de estos tumores es sobre la línea media ó muy próximo á ella, mas tarde solamente es cuando se extiende á los costados hasta la fosa ilíaca donde por lo comun solo hace una mediana prominencia. Las paredes abdominales que rechazan por delante de sí están blandas y se deslizan con facilidad sobre su superficie, es necesario para circunscribirlos deprimir fuertemente el abdómen á causa de su profunda situacion; se puede á veces percibir delante de ellos, detrás de los púbis el útero rechazado adelante y al lado opuesto del tumor cuando se inclina á un lado. En fin, este tumor da sonido á macizo sobre todo á una percusion profunda, y la superficial puede producir una ligera sonoridad, si un asa intestinal se interpone entre el tumor y la pared abdominal. A menos que no adquiera un tumor considerable la fluctuacion es difícilmente percibida; sintiéndose mejor, sea por la palpacion combinada con el tacto vaginal, sea solo por este último.—No es de este modo como observamos las induraciones abdominales dependientes de los *flemones de los ligamentos anchos.* Desarrollándose la inflamacion puede invadir especialmente el tejido celular situado detrás de los músculos abdominales, ó bien el de las fosas ilíacas, produciendo en esta region un tumor casi siempre fácil de reconocer por su dureza, por la retraccion del miembro inferior, el edema, etc. Cuando, lo que es frecuente, se propaga la inflamacion á la pared abdominal, se observa por debajo del arco de Falopio una tumefaccion que primero, unilateral, se extiende por dentro y adelante, para pasar al lado opuesto. El tejido celular se encuentra rígido, la induracion se extiende entonces en forma aplastada y detrás de ella se puede, cuando el dolor se mitiga, rechazar un poco la pared abdominal situada por encima (Bernutz). Además, como los intestinos libres en el peritoneo han conservado su posicion normal, es fácil por una percusion un poco pro-

(1) Tumor producido por pelvi-peritonitis.
(2) Tumor producido por su flemon del ligamento ancho.

funda explorar la sonoridad. En fin, cuando el pus se ha formado y reunido su coleccion, el sitio superficial de la fluctuacion será el mejor medio de diagnóstico (1).»

§ VII.—Pronóstico.

La extension de detalles relativamente al diagnóstico del flemon de los ligamentos anchos en que han entrado los autores, de los que hemos tomado las nociones que preceden, no son solo de pura curiosidad, y P. Pâris, en particular, hace notar lo importante del diagnóstico diferencial entre este flemon y la peritonitis cuando se quieren establecer diferencias relativas al pronóstico. «La pelvi-peritonitis y el flemon del ligamento ancho son dos afecciones graves, pero de un modo diferente.

»*La muerte es rara vez la consecuencia inmediata de la pelvi-peritonitis*, sobre todo fuera del puerperio, pero deja en la pélvis una alteracion que puede dar lugar al paso al estado agudo por diversas causas, produciendo fenómenos graves y la persistencia de los dolores y la alteracion general de las funciones alterar profundamente su salud.

»Los *flemones de los ligamentos anchos*, por el contrario, pueden, por la intensidad de la reaccion que provocan, la gran extension que puéden adquirir, producir con rapidez una funesta terminacion; pero cuando la enferma escapa de estos peligros, cuando se agota la supuracion, la cura es definitiva, y no hay que temer recaidas.»

§ VIII.—Tratamiento.

El tratamiento del flemon de los ligamentos anchos, en su período de agudeza, debe consistir en el empleo de los antiflogísticos: sangrías locales y generales unidas á otros medios del mismo órden. Pero no debe nunca olvidarse que se trata de una afeccion que termina casi siempre por supuracion, y que esta debe, como sucede por lo comun, durar mucho tiempo; no se debe debiiitar demasiado la enferma.

Cuando se ha formado el pus, aun cree Bennet que es útil este tratamiento, y aun que puede provocar la absorcion del líquido; pero esta opinion se pone en duda por muchos autores, y especialmente por Vidal de Cassis (2); así, siempre que el pus tenga tendencia á salir debe favorecerse por todos los medios.

Cuando el absceso forme tumor en la vagina se ha propuesto abrirle por esta via, y este procedimiento, descrito ya por Pablo de Egina, se ha preconizado en nuestros dias por Récamier. «Cuando

(1) P. Pâris, tésis mencionada, p. 30 y 34.
(2) Vidal (de Cassis), *loc., cit.*, p. 423.

el tumor flegmonoso forma procidencia en la vagina, la fluctuacion es muy evidente, no dejando ninguna duda de su contacto inmediato con la vagina; no hay que dudar, es menester abrir el tumor; pero no siempre sucede así; se percibe solo un tumor ó bien una fluctuacion oscura.» En tales condiciones, que son las mas frecuentes, sería, segun Bennet, una imprudencia practicar la incision vaginal, y por consecuencia los cirujanos deben rara vez encontrar ocasion de obrar con toda seguridad, resultando de aquí la conveniencia de esperar la perforacion expontánea de uno de los órganos huecos de la pélvis cuando el pus toma este camino. Sin embargo, aunque es cierto que algunas enfermas perecen despues de la abertura artificial de estos abscesos, no está demostrado que sea á causa de ella; podria tambien acriminarse á los destrozos producidos por las colecciones purulentas antes de su abertura, y además Velpeau ha demostrado en la clínica que la espectacion prolongada favoreció algunas veces estos destrozos (1).

»Ya el pus salga al exterior expontánea ó artificialmente al través de la vagina, del recto, de las paredes abdominales ó de la vejiga (2), hay que limitarse á combatir los síntomas conforme se presenten y ayudar á la naturaleza en los esfuerzos que ejecuta para el restablecimiento, y á sostener por un tratamiento higiénico y médico conveniente las fuerzas de la enferma durante todo el tiempo en que se produce el trabajo de reparacion.

»Es menester combatir las exacerbaciones que sobrevengan en las épocas menstruales durante los primeros meses, por algunas sanguijuelas y purgantes salinos. Mas tarde nos limitaremos á prescribir el reposo en la cama durante uno ó dos dias y aplicar cataplasmas al vientre. La diarrea que se produce por la abertura del absceso en el recto cesa á beneficio de enemas amiláceas ó laudanizadas. Se reemplaza con frecuencia por el estreñimiento, que hace necesarios enemas suaves laxantes ó de agua fria ó templada.

»En la forma mas grave de la enfermedad, en la que se observa durante el estado puerperal, en que hay desórdenes por parte de la pélvis, suelen ser estos tan considerables, que la salud está profundamente alterada, y las enfermas caen en el marasmo mas profundo. En estos casos es menester sostener las fuerzas por medio de estimulantes poderosos, como el vino y la quina. Hay especialmente necesidad de este plan en los casos de perforacion abdominal. Desde que se percibe la fluctuacion al exterior de las paredes abdominales y que la piel comienza á enrojecerse, lo que conviene es abrir prontamente el absceso, bien con la lanceta, bien con la potasa cáustica, para dar salida al pus.

»A pesar del estado grave y á veces desesperado en apariencia en

(1) P. Pâris, tésis mencionada, p. 35.
(2) Véase anteriormente, §. V.

que se encuentran las mujeres que presentan inflamaciones del ligamento ancho y supuraciones consecutivas muy estensas, casi siempre se alcanza el restablecimiento merced á un tratamiento conveniente, pero (es menester decirlo) despues de pasar por sufrimientos muy prolongados (1).»

ARTÍCULO III.

TUMORES INFLAMATORIOS DE LAS FOSAS ILÍACAS INTERNAS (2).

§ I.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—Los tumores de que nos estamos ocupando aparecen con mas frecuencia (en mas de la mitad de los casos) en la edad de veinte á treinta años, á cuyo período sigue el de treinta á cuarenta (una cuarta parte), luego el de once á veinte, y por último el de cuarenta á sesenta.

Si se hace abstraccion del estado puerperal, el *sexo* tiene igualmente una influencia muy manifiesta, pues los tumores inflamatorios son en tales casos cuatro veces mas frecuentes *en el hombre* que en la mujer. Segun Grisolle no basta el estado puerperal para restablecer el equilibrio, porque comprendiendo todas las condiciones anteriormente indicadas, se observa la enfermedad cuarenta y seis veces en el hombre y solo veintisiete en la mujer. ¿Son suficientes estos datos estadísticos? Aun suponiendo que las observaciones se hubieren recogido con el mayor cuidado en un número dado de individuos, habria motivos para dudar, y mucho menos se podrá creer que está la cuestion resuelta si se considera que los abscesos de la pélvis en las paridas pueden pasar muchas veces desapercibidos, y que muchos de los autores de quienes se han tomado estas observaciones, solo han podido ver un número muy corto de mujeres en esta condicion. Por el contrario, los médicos que se hallaban en mejor posicion para observar y que han puesto sumo cuidado en la exploracion, han asegurado que estas afecciones se presentan particularmente á consecuencia del parto. Fauvel ha podido reunir en dos años en el Hôtel Dieu unos veinte casos de abscesos de la pélvis en mujeres, de los cuales un buen número hubieran podido pasar desapercibidos sin un

(1) Bennet, *Traité de l'inflammation de l'utérus*, trad. fran. de Aran, p. 400.
(2) Despues de haber, en el artículo precedente y en el apéndice, colocado á su continuacion, estudiado con el mayor cuidado, con todos sus detalles la *inflamacion circum-uterina*, de un modo general, y la *inflamacion de los ligamentos anchos*, en particular, nos resta tratar de ciertas *colecciones purulentas circum-uterinas*, de las que no hemos tratado. Sin embargo, en lugar de consagrar un artículo especial, creemos será mas útil, en vista de las conexiones que presentan estos tumores de la misma naturaleza situados en las fosas ilíacas internas, describirlos incidentalmente cuando se trate de cada uno de estos.

exámen de los mas detenidos. En el artículo consagrado á los *flemones peri-uterinos* hemos citado ejemplos.

Segun los casos que ha reunido Grisolle, las *primerizas* están mas expuestas que las demás paridas á la afeccion que nos ocupa (1). Lo mismo que la *metritis pos-puerperal*, los flemones de las fosas ilíacas no se desarrollan sino algunos dias despues del parto (del tercero al décimo, y á veces mas tarde, segun Grisolle).

Estos tumores se han hallado mas veces á la *derecha* que á la izquierda, lo cual depende sin duda de la influencia que ejerce el ciego en la enfermedad; porque si solo hubiéremos de considerar los tumores en las paridas, son mas comunes á la *izquierda* que á la derecha.

Segun algunos autores, el *extreñimiento* es una causa predisponente digna de llamar la atencion; ya hemos hablado antes de ahora de (2) lo que se ha dicho acerca de la irritacion producida en las paredes del ciego por la acumulacion de las materias fecales en este intestino.

2.° *Causas ocasionales.*—Se han citado casos en que un *golpe*, una *caida sobre el vientre* ó una *violencia exterior* cualquiera ha dado orígen á los tumores inflamatorios de que estamos hablando (3).

La fatiga resultante de una marcha prolongada y penosa, y sobre todo por los violentos esfuerzos para poner recto el cuerpo fuertemente dirigido atrás; pudiendo obrar del mismo modo un tumor ilíaco hasta entonces indolente. (Grisolle.)

Un proyectil, penetrando en las inmediaciones del anillo inguinal, puede, en vez de penetrar en el peritoneo, quedar fuera de esta cavidad, y ascender siguiendo la direccion de la cresta ilíaca (Grisolle). En un caso observado por Juan Bell (4) en un hombre herido en duelo, calmados los primeros accidentes sobrevino una fiebre hética que hizo sucumbir el enfermo un año despues del accidente. En la autopsia se encontró que la *bala* estaba *engastada por debajo del músculo psoas*, *sobre la fosa ilíaca interna*, donde se encontraba rodeada de quistes purulentos. Los *cuerpos extraños introducidos en el estómago y llegados al intestino grueso* pueden fraguarse salida en el tejido celular inmediato, y su presencia puede determinar á veces inflamacion mas ó menos intensa (Grisolle.)

Se han admitido como causas ocasionales la *accion del frio*, los *excesos del régimen* ó de cualquiera otra especie, hallándose los enfermos bajo la influencia de las causas predisponentes que hemos indicado. Pero dista mucho de estar determinado de un modo riguroso el grado de accion de estas últimas causas. Por último, hay cierto número de casos en que no es posible descubrir causa ocasional, porque las violencias ejercidas en las maniobras del parto, la duracion

(1) Véase tambien Piotay, tésis de Paris, 1837, n.° 462.
(2) Véase el artículo PERITIFLITIS.
(3) Bourienne, *Journal de médecine*, t. XLIII, año 1775, obs. I y II.
(4) Juan Bell, *Traité des plaies*, trad. de Estor, p. 410.

larga de este trabajo, etc., mas bien se han admitido como una influencia muy probable, lo cual no se puede negar, que como puestas fuera de duda por la observacion.

3.° *Causas anatómicas.*—El tejido celular de las fosas ilíacas puede inflamarse consecutivamente á la *perforacion de una cavidad natural ó artificial que contenga líquido*, sea que se trate de un órgano hueco, sea que una coleccion líquida procedente de una region inmediata haya dado lugar al derrame. Antes de la perforacion se han podido observar los signos de una afeccion situada en la vejiga ó en una de las porciones del intestino, ó bien se ha demostrado la presencia de un absceso en los órganos pelvianos, de quistes ováricos, etc.; despues, *de pronto*, aparecen los síntomas que indicaremos mas adelante, y se constituye el tumor inflamatorio.

En otros casos es la *inflamacion de una de las partes inmediatas que se extiende al tejido celular de las fosas ilíacas.* En semejante caso la inflamacion primitiva (metritis, ovaritis, bubon, etc.) da lugar á síntomas bien conocidos, á los que vienen á unirse con *mas ó menos intensidad y rapidez* los de la inflamacion del tejido celular inmediato. Grisolle (1) ha visto esta inflamacion suceder á la de los gánglios inguinales profundos; Velpeau, en el informe de Lebatard (2) ha visto sobrevenir consecutivamente á la inflamacion de la cápsula sinovial que tapiza la rama horizontal del púbis para facilitar el deslizamiento de los músculos psoas é ilíaco. La extension de la inflamacion de los riñones se ha indicado tambien como pudiendo comunicarse al tejido celular de la pélvis mayor (3). La metritis (4) y la inflamacion de los ligamentos anchos se ha citado tambien como causa; sin embargo, segun Grisolle, los casos de este género son muy raros, y nada autoriza á decir á los autores que los anejos del útero, y en particular los ligamentos anchos, son el punto de partida de los flemones ilíacos consecutivos al parto.

§ II.—Síntomas.

Formado ya el tumor inflamatorio, casi son los mismos todos los *síntomas* de las diversas especies, y solo el sitio es el que determina modificaciones importantes.

El *dolor* es ordinariamente intenso y aparece desde el principio; sin embargo, entre los hechos que refiere Grisolle, hay ocho en que este síntoma no ha aparecido hasta despues de uno ó mas dias, y cuatro en que no se ha presentado hasta mas tarde aun. El *dolor espontáneo* es variable en su intensidad; en algunos enfermos es solo sordo, gravativo, pero en la mayor parte se agregan á este dolor

(1) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 619, 9.ª edic. Paris, 1865.
(2) Lebatard, tésis de Paris, 1837, n.° 397.
(3) Téallier, *Journal général*, t. CVIII, obs. 3.
(4) Piotay, tésis de Paris, año 1837, n.° 462.

contínuo otros lancinantes y pulsativos que se irradian á mayor ó ménor distancia por el abdómen, el muslo correspondiente y el perineo. A veces no existe en estas partes mas que un simple entorpecimiento. Se ha observado con bastante frecuencia que los enfermos no referian el asiento del dolor al punto exacto que ocupaba el tumor inflamatorio, y así algunos acusan dolores en todo el vientre ó en el hipogástrio cuando la afeccion reside en la region inguinal.

Son todavía mas exactos los datos que ofrece el *dolor á la presion*. Por la palpacion se ocasiona un dolor intenso, por lo comun intolerable y que obliga al enfermo á quejarse en un punto de abdómen (la fosa ilíaca derecha en los abscesos dependientes de las alteraciones del ciego y de su apéndice, y una de las dos fosas ilíacas ó un punto de hipogástrio en los demás). Este dolor se exacerba considerablemente por los sacudimientos de la tos, los movimientos del tronco, y sobre todo los de la pierna, cuando el absceso ocupa la fosa ilíaca, y así los enfermos tienen *medio doblada la extremidad inferior* del lado afectado, y temen mucho los movimientos de extension que se les quiere comunicar.

En los primeros tiempos de la enfermedad se halla en el punto que ocupa la inflamacion un *tumor* un poco duro, resistente, sin abolladuras, sin latidos y sin cambio de color en la piel. Este tumor tiene un volúmen muy variable, pero en general ocupa una gran extension y llena toda una fosa ilíaca sin dejar intervalo entre él y el hueso ileon. En un caso dependiente de una perforacion del ciego, y para el que he sido llamado por Manec con otros médicos de la Salitrería (el enfermo estaba empleado en este establecimiento cuando yo visitaba en el mismo), hallamos toda la fosa ilíaca derecha y el hipogástrio hasta la línea media ocupados por un tumor resistente tal como le acabo de describir. En otro caso que he observado en la Piedad en una parida, el tumor excedia mucho de esta línea media, y tenia por consiguiente un volúmen enorme.

Este tumor es casi siempre *inmóvil*, y en los casos en que se le pueden comunicar algunos movimientos, son muy limitados.

La *percusion* hecha con prudencia da un sonido á macizo en toda la extension del tumor, que contrasta por lo comun con el sonido timpanítico que presentan las partes inmediatas.

A veces la enfermedad, despues de haber durado un tiempo variable, pero que no es muy largo, se va disipando poco á poco. Entonces empieza el tumor por ser menos doloroso, en seguida disminuye de volúmen, y por último desaparece sin dejar vestigio ó quedando solo un pequeño núcleo duro é indolente que se disipa tambien al cabo de un tiempo mas ó menos largo.

Los *signos generales* que indican la *formacion del pus* no aparecen, ni con mucho, en todos los casos, ó á lo menos solo se han notado en una tercera parte de los enfermos, segun los hechos que ha reunido Grisolle. Estos síntomas son, como todos saben, *escalofrios*

irregulares, *exacerbacion de la fiebre* por las tardes, y *sudores generales* expecialmente durante el sueño.

Pero lo comun es que no suceda esto, sino que *supure* el tumor, dando así orígen á síntomas nuevos.

Los *signos locales* son el reblandecimiento del tumor, la *fluctuacion* y la *rubicundez* de la piel *cuando el pus tiende á salir al exterior*, y en el mismo caso una prominencia en punta de una de las partes del tumor. Algunas veces, como en un caso que he observado en 1846 en el anejo del Hôtel Dieu, se adelgaza la piel en distintos puntos y se forman elevaciones en varios sitios del tumor.

En cierto número de casos que todavía no es posible determinar, aparecen los signos locales de la supuracion *á la vez en el hipogástrio y en la vagina;* así, introduciendo el dedo en este conducto, se percibe una fluctuacion mas ó menos manifiesta, y á veces hasta una prominencia fluctuante que baja hasta la mitad de la vagina: he oido al doctor Barth citar un hecho de este género en la Sociedad médica de observacion. En otros casos, en vez de conservar su volúmen el tumor haciéndose fluctuante, se aplana mas ó menos pronto, y entonces se puede percibir tambien algunas veces la *fluctuacion en la vagina*. Estos nos indican cuán útil es hacer el *tacto vaginal* en todos los casos de tumor inflamatorio de la pélvis.

Segun Grisolle, tarda mas en formarse la supuracion en estos tumores que en los demás tumores inflamatorios que tienen su asiento en el tejido celular; pero creemos que solo debe entenderse esta asercion en el sentido en que tarda mas en hacerse apreciable la fluctuacion, lo cual se explica por la profundidad del absceso. Así en los casos en que hay una perforacion de un órgano que derrama un líquido séptico en el tejido celular circunvecino, no puede dudarse de que se forma muy pronto la supuracion, y sin embargo, en el caso que hemos citado mas arriba nunca apareció la fluctuacion de un modo sensible, como hemos podido convencernos, y en el que veremos mas adelante que no ha habido duda de la existencia de un abscéso, á pesar de haberse curado el enfermo.

En otras circunstancias *parece que la enfermedad quiere terminar por resolucion*, pero el tumor solo se disipa de un modo imperfecto; queda todavía duro y un poco doloroso, permanece así por mucho tiempo, y concluye al fin por desaparecer rápidamente. He visto un caso de este género en el anejo del Hôtel Dieu: la enferma recien parida habia presentado todos los síntomas de una flegmasía de la fosa ilíaca, y al cabo de algunas semanas calmó un poco el dolor, disminuyó el tumor y se puso muy duro sin haber presentado fluctuacion. La enferma permaneció así mas de tres meses sin poder levantarse, porque los movimientos de la extremidad inferior ocasionaban dolor en el punto afectado, y pasado este tiempo he observado de un dia á otro que el tumor habia disminuido en mas de un tercio de su volúmen, y que al mismo tiempo salia por la vagina un pus blanco, es-

... mas detenida, no ha sido po-
... fluctuante, ni abertura; pero
... aunque pequeña, y que por ella
... momento el tumor ha disminuido rá-
... curada de una afeccion que da-
... caso no hubo ningun signo local de
... de los tegumentos.
... acompañan á estos tumores inflama-
... intensos, y en los casos en que hay
... desde el principio. *Hay fiebre*, el pul-
... es pequeño y contraido, y suele
... extremidades seguido luego de un ca-
... una *ansiedad* suma, los dolores le im-
... alteracion de las facciones. En cuan-
... han observado á veces *vómitos biliosos*,
... *extreñimiento* que sin embargo no es difí-
... de los casos.
... se desarrolla á consecuencia de la infla-
... los síntomas generales que preexis-
... intensidad, y cuando el tumor inflamatorio se
... en el tejido celular de esta region, como
... la afeccion que en un principio se mani-
... aparece *fiebre* y toma por lo comun tanta
... casos que hemos citado primeramente. Es no-
... especialmente cuando el tumor ocupa la fosa
... parte mas central de la pequeña pélvis.

... Curso, duracion y terminacion.

... enfermedad casi siempre es rápido en un principio,
... estacionaria por mas ó menos tiempo,
... antes de ahora, y finalmente, veremos al hablar
... de los puntos mas importantes de la his-
... la pélvis, que es muy distinta la marcha se-
... termina de este ó del otro modo.
... enfermedad es muy variable, consecuencia
... diferencia de las terminaciones, pero sin em-
... general que es bastante larga. Los casos en
... aquellos en que termina la afeccion por resolu-
... restablecen completamente las mujeres an-
... La perforacion del absceso y el paso del
... la duracion de la enfermedad, ocasionando
... mortal. En todos los demás casos tras-
... antes que haya terminado la afeccion.
... Ya hemos dicho que la *terminacion* por resolu-

cion es la mas rara, y que por lo comun supura el tumor; cuando sucede esto último la enfermedad termina de varios modos, que tienen todos la mayor importancia.

Se puede verificar la *evacuacion del pus* por diversas vias. *A priori*, la anatomía conduce á pensar que cuando el pus está exactamente contenido en la fosa ilíaca, no puede salir fuera por la parte posterior de la pélvis á causa de la resistencia de los huesos en este punto. Sin embargo, en un caso recogido por E. Leudet (1), consecutivamente á una perforacion espontánea del apéndice ileo-cecal, y estaba formado por un absceso de las fosas ilíacas externa é interna comunicando á través del innominado. Sin embargo, en semejantes casos, que son raros, lo mas comun es que el pus se dirija adelante, sea por la pared abdominal anterior, sea que se abra camino por uno de los conductos naturales mas inmediatos. Así unas veces *se abre el absceso en los intestinos*, ya sea en el ciego, ó ya en la S ilíaca (2), ó por el recto (3). Se conoce el paso del pus á estos órganos por la depresion del tumor y la presencia de aquel líquido en las heces ventrales. Una diarrea mas ó menos abundante con dolores cólicos y á veces tenesmo, prueba que en estos casos ha producido el paso del pus á los intestinos una enteritis de cierta intensidad.

A veces la comunicacion entre el foco purulento y el intestino se verifica por medio del apéndice cecal, mas ó menos alterado (Merling, Ch. Tinel (4).

Otras veces *el pus se abre camino al través de las paredes abdominales* (5), y entonces el tumor se va haciendo de cada vez mas prominente, la fluctuacion es cada dia mas manifiesta, la piel se pone pastosa, roja y se adelgaza, y si no se da salida al pus por medio de una incision, se forman una ó mas aberturas espontáneas por las cuales se vacía el absceso. Se ha observado en algunos casos que el pus se ha extendido bastante lejos, y el absceso se ha abierto á mayor ó menor distancia de la fosa ilíaca.

Lo mas comun (en las dos terceras partes de los casos, segun Grisolle), es por un punto inmediato al ligamento de Falopio ó de la espina ilíaca anterior superior, por donde hace salida el tumor. A veces el pus perfora el espesor del muslo y pasa por debajo del arco crural (6). «Se producen desórdenes mas ó menos graves, segun que el *flemon* es exclusivamente *subperitoneal* ó que esté situado bajo la

(1) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 319.
(2) Bricheteau, *Archives générales de médecine*, 3.ª série, t. II, p. 409.— A. Bérard, *Soc. anat.* 1834, 7.° boletin.
(3) Rigaud. *Dictionnaire des sciences médicales*, t. I, p. 61.
(4) Ch. Tinel, citado por Leudet, *loc. cit.*, p. 322.
(5) E. Leudet, *Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal* (*Arch. gén. de méd.*, 1859, t. II, p. 321).— J. Parrot, *Bulletins de la Soc. anatomique*, 1855, t. XXX, p. 54.—Michel Peter, *Arch. génér. de méd.*, 1855, t. II, p. 333.
(6) E. Leudet, *loc. cit.*, p. 318

aponeurosis ilíaca. En el primer caso, el pus, penetrando en el muslo, se sitúa adentro y delante de los vasos femorales sin alterar la extructura de los músculos psoas é ilíaco. Pero si el absceso es *subaponeurótico*, el pus contenido en la vaina fibrosa de la *fascia ilíaca* llega hasta el trocanter menor; forma por lo comun extenso foco, despues de haber alterado, reblandecido y destruido las fibras del ilíaco y del psoas. Cuando el pus sigue la direccion de que hablamos ahora, puede en su marcha invadir la *articulacion coxo-femoral*, que se inflama produciendo los dolores mas intensos; la cápsula fibrosa se destruye, y la cabeza del fémur sale mas ó menos completamente de su cavidad; el miembro abdominal se dirige entonces en rotacion afuera y todo movimiento produce intensos dolores. Hay que temer este accidente siempre que un absceso subaponeurótico interesa el músculo ilíaco y cuando penetra en la vaina sinovial comun á este músculo y al psoas que, como es sabido, comunica con frecuencia con la articulacion de la cadera (1).»

Otras veces se hacen una ó varias aberturas *en el conducto intestinal y en la piel al mismo tiempo*, y en tales casos se agregan á los signos anteriores la fetidez del pus, su color amarillo ó pardo, su aspecto mal trabado, y la presencia de gases en forma de burbujas que vienen á romperse en la abertura de la piel.

Se han citado *casos en que el pus ha salido en parte por la vejiga*, y en uno de ellos que refiere Johnson (2) y cita Grisolle hubo conatos frecuentes de orinar, disuria y hasta hematuria. En los demás no se ha observado nada parecido.

Para poder adquirir la certeza de que el absceso se ha abierto en la vejiga, es menester que el pus salga en cantidad notable, pues se han visto abscesos de la fosa ilíaca determinar por propagacion una inflamacion pasajera de la vejiga, con ligero depósito purulento en las orinas durante dos dias. (P. Pâris.)

El doctor Battersby (3) ha referido un hecho muy curioso de absceso ilíaco abierto primeramente en la vejiga y luego en la region lumbar; á pesar de esta doble abertura, el enfermo, que era un niño de seis meses, curó completamente al cabo de algunos meses.

Tambien puede suceder *que salga el pus por una perforacion del útero* (4); pero los casos de este género son raros, y sus signos no varían de los de la abertura del absceso en la vagina.

Esta *abertura del absceso en la vagina* es frecuente, segun los hechos observados, y hasta todo induce á creer que es mas comun de

(1) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. I. p. 605.—Aubry, *Arch. gén. de médecine*, 1843.
(2) Johnson, *The med-chir. Rev.*, 1856. V. tambien Marchal de Calvi, tésis citada, obs. XLIX.—Manière, *Arch. gén. de méd.*, t. XVII.
(3) Battersby, *Dublin quarterly Journal of med. sc.*, Mayo, 1847.
(4) Dance, *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, t. IV.—J. Béhier, *Leçons sur les maladies des femmes en couches* (*Clinique citée*. Paris, 1864).

lo que generalmente se cree, pues para conocerla se necesita poner mas cuidado del que suele emplearse en el exámen de los casos. Los signos por los que se reconoce esta terminacion son la depresion del tumor y un flujo abundante de materia purulenta y espesa que se verifica con rapidez. En algunos casos que se ha podido descubrir en la vagina antes de la perforacion un punto fluctuante, y en otros se ha visto salir el pus por la abertura accidental; pero estos casos son los mas raros. Esta terminacion puede tardar mucho tiempo en verificarse, de lo que hemos observado un ejemplo que antes de ahora hemos citado. En un caso que refiere el doctor Perrochaud (1), la introduccion del espéculum produjo la rotura de la extremidad superior de la vagina y la salida del pus contenido en el tumor. Bourdon (*lug. cit.*) ha citado varios hechos en los que el absceso se ha vaciado por este conducto á beneficio de un instrumento cortante.

En algunos casos, el pus, en lugar de hacerse camino el pus inferiormente, sigue una direccion opuesta, y camina por debajo del intestino grueso hasta la inmediacion del riñon ó del hígado; lo que se explica por la posicion horizontal que guardan las enfermas generalmente, y por la laxitud del tejido celular de estas partes (Grisolle). En otros casos, la supuracion pasa de una á otra fosa ilíaca, sin que puedan explicarse estas migraciones por la posicion de las enfermas ó por alguna disposicion particular (2). En fin, la determinacion mas rara se ha observado por Demaux, en la que el pus se abrió paso á la vena cava inferior (3).

La terminacion mas terrible es la *rotura de los abscesos en el peritoneo*, que se observa mas particularmente cuando son consecutivos á una lesion del ciego ó de su apéndice. En estos casos, despues de haber seguido todos los períodos de la supuracion, aparece *de repente* un dolor excesivo en un punto próximo al tumor, dolor que se *propaga con rapidez á todo el abdómen*, y la enfermedad presenta los síntomas de una *peritonitis sobreaguda* que ya hemos descrito antes de ahora.

En algunos casos raros se ha desarrollado la peritonitis general sin perforacion, por la *simple extension de la flegmasía al peritoneo inmediato* al foco purulento.

Cuando el pus se ha abierto paso al exterior, no puede, ni con mucho, considerarse esta como una terminacion favorable, pues se pueden prolongar por mucho tiempo los accidentes que hemos indicado, continúa la supuracion, y en abundancia, y los enfermos sucumben por lo comun en el último grado de marasmo.

En algunos casos invade la *gangrena* las paredes del foco, y entonces casi siempre la terminacion es funesta. A veces pueden salir

(1) Véase Grisolle, *loc. cit.*
(2) A. Bérard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1834.
(3) Demaux, citado por Grisolle, *loc. cit.*, p. 608.

pedazos gangrenados por el paso que se ha abierto el pus, de lo cual Burne ha citado un ejemplo. En el caso que mas arriba *hemos indicado*, y que como se ha observado en un empleado en la Salitrería, se notó un hecho bastante curioso para que merezca que le mencionemos aquí. Despues de algunos dias de fenómenos muy graves se presentó pus en las deposiciones, y en medio de este líquido el *apéndice cecal entero* cortado circularmente por su base y presentando en su parte media una ulcerita redonda. Manec ha conservado esta pieza que no puede dejar de conocerse que es el apéndice cecal. Luego que esta parte fué evacuada, empezó á manifestarse el alivio, y el enfermo se restableció completamente.

Despues de la curacion queda en el sitio que ocupaba el tumor un punto de induracion que se va disipando poco á poco, y en algunos enfermos aparece un edema á veces muy pertinaz en la extremidad inferior del lado afectado, dependiente sin duda de la obliteracion mas ó menos completa de la vena ilíaca.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Aun cuando las *lesiones anatómicas* que dejan en pos de sí los tumores inflamatorios ofrezcan interés, no haremos mas que indicar las que es necesario que conozca el práctico.

Se halla en el fondo de la fosa ilíaca, ó en los ligamentos anchos, ó entre el útero y el recto, ó bien entre el útero y la vagina, un foco purulento cuyo aspecto varía segun una multitud de circunstancias. Si la enfermedad es consecuencia de la perforacion del ciego (1), se encuentra en la fosa ilíaca derecha un vasto absceso que comunica con el intestino por una abertura mayor ó menor, de bordes negruzcos y cortados mas ó menos irregularmente. A veces se hallan varias de estas perforaciones, y otras se ha verificado, por el contrario, la perforacion de fuera á dentro, habiéndose formado el absceso primitivamente y vaciado en el intestino. En uno y otro caso las paredes del foco están formadas de tejido celular mas ó menos engrosado con algunos de sus fragmentos gangrenados, y el líquido que contienen es pardusco y fétido. A veces se ha efectuado la perforacion por el lado del peritoneo, y entonces hay un absceso que resulta de la acumulacion del pus retenido en un punto de esta cavidad por falsas membranas formadas con mucha prontitud.

En los demás casos se hallan los órganos inmediatos á los abscesos, así como los vasos y los nervios que los atraviesan, denudados, reblandecidos y gangrenados, y el líquido purulento unas veces blanco, otras pardusco y mas ó menos sanioso. Se han formado algunos senos de pus hasta la cadera.

En un caso, entre otros, ha encontrado Trousseau los desórdenes

(1) Véase el artículo PERITIFLITIS.

producidos por el trabajo inflamatorio, estendidos hasta las articulaciones sacro-ilíaca y coxo femoral del mismo lado. El nervio crural correspondiente estaba disecado por el pus, en el que nadaban algunos de sus filamentos desprendidos del tronco principal por el trabajo inflamatorio. Pero un hecho, sobre el que Trousseau llama especialmente la atencion, es el que la enferma, durante la vida, presentó todos los síntomas de la *psoitis*, y que en la autopsia el músculo psoas-ilíaco no estaba alterado por la inflamacion.—Por el contrario, en otro sugeto que sucumbió á una fiebre tifoidea sin haber presentado nunca ni flexion del muslo sobre la pélvis ni rotacion del miembro hácia fuera, Lefeuvre encontró un enorme absceso metastásico consecutivo á una infeccion purulenta, desarrollado en el espesor del psoas, cuyas fibras le servian de bolsa. El paquete nervioso que constituye el nervio crural habia sido atacado por la inflamacion. Considerando los hechos observados en ambos casos, cree Trousseau que la sintomatologia de la *psoitis* (inflamacion del tejido celular interfibrilar y desorganizacion de la fibra muscular) pertenecen especialmente á la lesion del nervio crural, que en ciertos casos puede haber gran alteracion del psoas sin que se presenten los síntomas asignados á la psoitis. Se comprende, por consecuencia, que la inflamacion del músculo psoas y la de la fosa ilíaca pueden dar lugar á los síntomas tenidos como característicos de la psoitis cuando el nervio crural haya sido consecutivamente invadido por el trabajo inflamatorio inmediato (1). Grisolle, á su vez, concede una gran parte á la lesion del plexo lumbar y del nervio crural para explicar los dolores que acompañan á los flemones y abscesos ilíacos (2).

Cuando la enfermedad depende de la perforacion ó de la gangrena del apéndice cecal, se halla este apéndice reblandecido, negruzco, ulcerado, destruido en parte y á veces completamente separado y nadando en el pus. En un caso que ha citado Merling, estaba lleno, como un embuchado, de materias fecales endurecidas. En otros se hallaron en él, como ya lo hemos dicho, cuerpos estraños, y un enfermo presentaba tumorcitos escirrosos.

Finalmente, cuando se verifica el derrame en el peritoneo, además de las lesiones propias de la peritonitis sobreaguda, se encuentra una acumulacion de pus fétido, gases igualmente fétidos, un líquido con el olor de las heces ventrales, etc. A veces se han hallado en las paredes del absceso la perforacion, que ha hecho comunicar su cavidad con la del peritoneo.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de esta enfermedad, sin ofrecer muy grandes difi-

(1) A. Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, p. 573.
(2) Grisolle, *Archives générales de médecine*, 3.ª série, t. IV.

cultades, exige bastante atencion, porque hay muchas afecciones que pueden confundirse con la que nos está ocupando.

«De todas las enfermedades que tienen su asiento en las fosas ilíacas, dice Grisolle, las que con mas frecuencia se confunden con las inflamaciones flemonosas son los *tumores estercoráceos.*» Pero tambien, como lo advierte este autor, basta un poco de atencion para evitar el error. Estos tumores inflamatorios tienen su superficie lisa, y los estercoráceos son abollados; en estos se puede á veces hacer que las materias fecales recorran el intestino y se desarrollen sin fiebre á consecuencia de un estreñimiento pertinaz. Por el contrario, en los tumores inflamatorios hay inmovilidad de la parte tumefacta, existe fiebre, y el estreñimiento es la consecuencia de la enfermedad. Además, suele haber una gran diferencia en el dolor, que es mucho mas intenso en los tumores inflamatorios. En cuanto aparece la fluctuacion se desvanecen las dudas, si es que habia alguna. Se concibe tambien que estas dudas no pueden existir en todos los casos; así por ejemplo, no las habrá cuando á consecuencia de una perforacion el dolor aparece de repente, y es seguido de pronto de tumefaccion.

Los *tumores cancerosos* de la fosa ilíaca ¿pueden confundirse con un flemon? El curso de la enfermedad impedirá cometer semejante equivocacion. La misma reflexion es aplicable al diagnóstico entre los tumores inflamatorios y los *quistes del ovario.*

En cuanto á la *ovaritis aguda*, el diagnóstico es mas difícil, sobre todo al principio, como ya lo hemos dicho en uno de los artículos anteriores, al que remito al lector si quiere mayores detalles.

Para distinguir un *absceso del riñon* de otro del tejido celular de la pélvis, no solo debe tomarse en cuenta la posicion, pues muy bien puede hallarse el órgano desviado (1), sino que deben observarse los

(1) Véase sobre este asunto, Fritz, *Des reins flottants* (*Arch. gen. de med.*, 1859, t. II. p. 158 y 301).

Becquet, *Essai sur la pathogénie des reins flottants* (*Arch. gen. de med.*, 1865, t. I. p. 5-29.

Las *dislocaciones de los riñones* causan en muchos casos sorpresas imprevistas, y el caso siguiente, tomado del periódico inglés *The Lancet* (núm. 11, marzo 1865), merece unirse á los datos que hemos presentado para servir al *diagnóstico de los quistes del ovario.* Se trata de una enferma que, despues de haber presentado algunos desarreglos menstruales y la cesacion de este flujo, presentaba, además de algunos síntomas generales, necesidad frecuente de orinar, y no podia contener sus orinas andando. Presentaba en la region lumbar un tumor del tamaño de una cabeza de feto de todo tiempo, movible y sin adherencia á la piel; irregular en su superficie, presentando una sensacion elástica sin fluctuacion manifiesta, con sonido á macizo inferiormente y sonoro por arriba, elevándose hasta pulgada y media por debajo del ombligo. La exploracion del útero y de las orinas no dió ningun dato particular, y se diagnosticó un quiste del ovario, cuya estirpacion se resolvió. La abertura del abdómen, practicada como de ordinario, descubrió un tumor cubierto por el peritoneo que presentaba el aspecto de un pequeño quiste del ovario; pero un exámen mas minucioso hizo descubrir que no tenia pedículo, y que se encontraba fuera del peritoneo. Una pequeña incision puso al descubierto una masa elástica, negruzca, de la que una puncion exploradora hizo salir una gota de san-

desórdenes que ocurran en la excrecion urinaria y las alteraciónes de la orina. (Véase el artículo *Nefritis.*)

Se han observado á veces *peritonitis circunscritas* que ocupaban el sitio en que aparecen estos tumores; pero en la peritonitis circunscrita la parte prominente y dolorosa es mas ó menos elástica, y varian en ella de un momento á otro los resultados de la percusion, porque segun el grado del derrame, y sobre todo segun la cantidad de gases acumulados en las asas intestinales, así es unas veces mas y otras menos sonora, y ya hemos visto que nada se observa parecido á esto en los tumores inflamatorios de la pélvis.

No hablaremos de los *abscesos del hígado*, ni de las *hernias*, porque en realidad, poniendo un poco de atencion, no deben confundirse con la enfermedad de que nos estamos ocupando.

Añadiremos, sin embargo, para prevenir el error que podria determinar la existencia de este síntoma, que en un caso de flemon de la fosa ilíaca, observado por V. Racle, habia complicacion de *ictericia*. Su orígen, segun V. Racle (1), podia explicarse por la propagacion de la inflamacion á lo largo del colon ó del tejido celular subperitoneal de la pared posterior del abdómen.

Grisolle y A. Berard han visto un caso en el que un osteosarcoma de la fosa ilíaca interna simuló un tumor flegmonoso. «Sin embargo, segun Grisolle (2), puede evitarse el error si se atiende á que el osteosarcoma se anuncia por lo general con dolores vivos y profundos, presentándose mucho tiempo antes de que se observe ninguna tumefaccion. Cuando esta aparece es dura, movible, abollada, y la compresion rara vez aumenta los dolores. El tumor se hace fluctuante por el reblandecimiento del producto heteromorfo; se encontrarán en el curso de la enfermedad y en los signos de caquexia, elementos suficientes para asignar al tumor su naturaleza verdadera (3).

Pronóstico.—El pronóstico de estos tumores inflamatorios es grave, pues en los casos que refiere Grisolle ha excedido la mortalidad de la cuarta parte de los enfermos. Sin embargo, es posible creer que esta proporcion es excesiva, porque muchos casos pueden pasar desapercibidos, como ya lo hemos dicho antes de ahora.

gre. Entonces la observacion del estado normal del útero y de los ovarios hizo comprender la verdadera naturaleza del tumor. La operada falleció al segundo dia de peritonitis, encontrándose en la autopsia un tumor fijo sobre el riñon izquierdo que estaba doblado sobre sí mismo; el hilio miraba atrás y á la izquierda, y el borde convexo de la glándula estaba dirigido adelante. Una seccion demostró el tumor propiamente dicho, de consistencia semejante á la sustancia cerebral, gris blanquecina, surcada de ramificaciones venosas y distinta del tejido propio del riñon, aunque cubierto por la misma cápsula fibrosa. Este tumor medía 4 pulgadas y media en su diámetro mayor, 3 pulgadas y media en el menor y 12 pulgadas próximamente de circunferencia.

(1) V. Racle, *Tratado del diagnóstico médico*, trad. española del Dr. Casas Batista, pág. 560. Madrid, 1866.

(2) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 612.

(3) Véase tambien O. Larcher, *Etude sur les tumeurs des os iliaques.*

Los tumores inflamatorios mas graves son sin disputa los que resultan de una perforacion intestinal, á los que siguen los abscesos que se forman en las paridas, cualquiera que sea la causa.

Entre los modos de terminacion que dejamos indicados, los hay mas ó menos graves. Segun los autores, la terminacion por perforacion intestinal es la menos grave, punto en que ha insistido con expecialidad Dance, porque ha observado algunos casos de este género que han terminado felizmente. Pero Grisolle, que ha tenido á la vista un número mayor de hechos, no participa de esta opinion, pues dice que en las observaciones que ha reunido sobrevino la muerte, á lo menos con tanta frecuencia despues de la evacuacion del pus por los intestinos, como cuando esta se ha efectuado por cualquiera otra via.

La salida del pus al través de la pared abdominal parece que ha sido un poco mas favorable; pero no sucede lo mismo cuando hay abertura á la vez al exterior y por los intestinos, porque este es uno de los casos mas graves.

Tambien es grave la evacuacion del pus por las vias urinarias; pero no está probado que, como la anterior, lo sea mas cuando hay al mismo tiempo una abertura de la pared abdominal.

El paso del pus á la vagina no es una terminacion favorable, segun los hechos que ha citado Grisolle; sin embargo, los pocos accidentes que produce el contacto de este líquido con la mucosa vaginal y la posicion declive de la abertura, hacen creer lo contrario; y si á esto se agrega, que segun la confesion de los mismos autores, es muy fácil no conocer la salida del pus por la vagina, será difícil admitir que la gravedad de la expulsion del pus por esta via sea un hecho demostrado. Además los hechos de este género que ha reunido Grisolle, un poco numerosos, y por lo mismo insuficientes. Fauvel, que como ya hemos dicho antes de ahora, ha observado unos veinte casos de abscesos de la pélvis en mujeres, ha notado que era frecuente la salida del pus por la vagina, y sin embargo solo ha visto sucumbir dos enfermas; pero por desgracia no se han publicado estos hechos tan interesantes.

La terminacion por gangrena es sumamente grave, aun cuando se han citado uno ó dos hechos de curacion despues de haber expulsado pedazos de tejido celular y hasta músculos gangrenados.

§ VII.—Tratamiento.

Los medios empleados por todos los médicos se reducen á un corto número, y no exigen en general mas que enunciarlos.

Figuran en primera línea las *emisiones sanguíneas*. Por lo comun se usa la *sangría general*, y en seguida se cubre el tumor de *sanguijuelas* por una vez, ó repitiéndolas segun los casos. Grisolle, que ha estudiado con atencion el efecto de las emisiones sanguíneas en esta enfermedad, ha hallado que su accion, como medios de prevenir la

supuracion, es muy hipotética, y que con seguridad en el mayor número de los casos no lo consiguen; pero calman el dolor, moderan la calentura, y por estas razones no se puede prescindir de hacer uso de ellas con bastante profusion.

Se debe ayudar á las emisiones sanguíneas con *aplicaciones emolientes*, *baños*, *bebidas diluentes*, y una *dieta severa* mientras permanezca la calentura.

Están indicados tambien los *laxantes suaves* para combatir el extreñimiento, y se prescriben contra el dolor, cuando es muy intenso, los *narcóticos* y con expecialidad el *opio*.

Cuando el tumor manifiesta tendencia á abrirse al exterior, se debe dar salida al pus por medio de una *incision* hecha en la pared abdominal. ¿Pero cuándo? Hé aquí lo que es difícil determinar. Segun algunos prácticos, y en particular Dance, se debe esperar á que la piel esté próxima á perforarse, ó hasta dejarla que se abra naturalmente. Grisolle cree que no se debe esperar tanto, opinion que se adoptará si se considera que la abertura cutánea que coincide con la rotura del absceso en un órgano hueco, y sobre todo en los intestinos, es una circunstancia desfavorable, y que haciendo la incision un poco mas antes, se pudiera prevenir la perforacion intestinal. En todos los casos es necesario asegurarse á lo menos de que la piel está adherida á la pared del tumor y hasta esperar que haya pastosidad, pues ya se concibe á qué accidentes nos expondríamos no obrando así. Por lo comun se debe introducir el bisturí por encima y paralelamente al arco crural, y si el absceso fuese profundo, habria que ir dividiendo capa por capa.

Otro punto por el que se pueden vaciar los abscesos es la parte superior de la vagina, y Bourdon refiere varios ejemplos de terminacion favorable por este medio. Pero si se recuerda lo que hemos dicho al hablar de la puncion de los quistes en este punto, se conocerá que esta práctica no está exenta de peligros, que no habria si fuese muy perceptible la fluctuacion en la parte superior de la vagina, y sobre todo si el tumor formase una prominencia en este punto. Así, pues, solo en estos casos se debe practicar la operacion de que estamos hablando.

En seguida se debe favorecer la salida del pus, para lo cual se da á la incision la *posicion mas declive* posible, se coloca un *lechino* pequeño entre sus labios, se repiten las curas con frecuencia, y se hacen *inyecciones* primeros emolientes, detersivas, y al último ligeramente excitantes.

Cuando se desarrolla una *peritonitis sobreaguda*, se debe prescribir la quietud absoluta y el opio á altas dósis, como hemos dicho al hablar de esta enfermedad. (Véase artículo PERITONITIS.)

CAPÍTULO VII.

Enfermedades de las mamas.

ARTÍCULO PRIMERO.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Las enfermedades de las mamas se consideran generalmente como perteneciendo al dominio de la cirugía, tanto por la situacion de estos órganos, que son una dependencia de la piel, como á causa de la naturaleza misma de las lesiones que generalmente presentan. Tales son los flemones y los abscesos, los humores de diversa naturaleza expecialmente cancerosos, las alteraciones de estructura, que se presentan, y por la cura y medios quirúrgicos que hay que emplear. Sin embargo, el cuadro de enfermedades de las mamas comprende cierto número de estados morbosos que pertenecen á la patología médica. Es incontestable, por ejemplo, que las erisipelas de las mamas, simpáticas de una infeccion puerperal, que el infarto doloroso del flemon del pecho sobrevenido durante una epidemia de parótidas, que las nevralgias, la mastodinia que aparece con la dismenorrea, pertenecen á la medicina tanto como á la cirugía. Lo mismo sucede con los efectos de una lactancia prolongada cuyas funestas consecuencias para la salud de la madre se han estudiado particularmente en estos últimos años.

La funcion genital se ejerce en la mujer por un organismo que se compone de aparatos reproductores y de las mamas. Ambas especies de órganos están íntimamente unidos por ese lazo misterioso llamado *simpatías*, nombre caido hoy en desuso y sustituido por el de *accion refleja*. No examinaremos aquí las cuestiones teóricas, y solo nos detendremos en los hechos; mas la relacion íntima de las mamas con el aparato genital propiamente dicho está bien demostrado por la patología y la fisiología. El desarrollo de las mamas se verifica en los niños á la par del de los órganos genitales en el momento de la pubertad; la funcion menstrual es con frecuencia causa de tension dolorosa de los paredes, signo precursor del flujo sanguíneo del útero; pocas mujeres hay en las que falte esta relacion. El embarazo modificando el estado de los órganos genitales, imprime tambien una alteracion importante en el volúmen y aspecto de los pechos; se ve adquirir á las mamas volúmen mas considerable, los tubérculos papilares se ponen salientes, el pezon se prolonga, la aseosa se marca, y una coloracion parda se extiende alrededor de la areola; por fin, se prepara la secrecion láctea, y desde los primeros meses se manifiesta

por un flujo ó salida de líquido que á veces es leche formada, y lo mas frecuente calostro. El pezon, órgano erectil, es sensible al tacto y produce sensaciones voluptuosas, cuya accion inmediata se produce en el útero y otras partes del aparato genital. La succion del pezon por la boca del niño provoca contracciones uterinas en la recien parida; la excitacion del pezon, la succion, ha precipitado á veces la presentacion de las reglas, provocar pérdidas uterinas y aun producir el parto prematuro. La persistencia de la lactancia impide la pérdida periódica, y las nodrizas quedan habitualmente durante muchos meses amenorréicas; la vuelta de las reglas disminuye y modifica en sus cualidades la leche segregada. La *medicina comparada* nos enseña que se puede artificialmente prolongar durante un tiempo considerable en las vacas, destruyendo en estos últimos, mientras tienen secrecion láctea, la funcion ovárica. En fin, nadie ignora que las alteraciones de las funciones menstruales (la dismenorrea) actúa generalmente sobre las mamas. Estas consideraciones demuestran lo suficiente que no hay razon para omitir, aun de un libro en el que no se trata de afecciones quirúrgicas, al estudiar las enfermedades del aparato genital de la mujer, algunas palabras de los estados morbosós que pueden tener asiento en las mamas.

ARTÍCULO II.

ENFERMEDADES DE LAS MAMAS EN LOS RECIEN NACIDOS Y EN LOS NIÑOS.

Aunque el presente artículo forma parte de una division de este libro especialmente consagrado á las enfermedades de la mujer, no podremos, sin embargo, dispensarnos de dedicar algunos párrafos á las enfermedades de los pechos que se presentan en los niños y en las jóvenes. Diremos desde luego algunas palabras referentes á esta categoría.

Los hombres rara vez presentan enfermedades de las mamas, y se comprende fácilmente. No porque estén desprovistos completamente de glándulas mamáricas, pues existen en el hombre aunque atrofiadas y de escaso volúmen, y toda atrofia indica la existencia del órgano, y aunque inútil, puede ser asiento de algunas enfermedades, tales como quistes, cancroides y cánceres. Siendo estas enfermedades del dominio de la cirugía, no las describiremos.

Si es cierto que el hombre adulto no presenta enfermedades de los pechos que interesen á la medicina propiamente dicha, de ser verdadera esta proposicion si se consideran los recien nacidos y los jóvenes. Es un hecho conocido sin duda desde la mas remota antigüedad que los niños recien nacidos experimentan poco tiempo despues del nacimiento un infarto de las mamas con secrecion de un líquido mas ó menos análogo á la leche. Este hecho vulgar no ha

llamado mucho la atencion de los médicos; sin embargo, este infarto doloroso puede ser una molestia para los niños; á veces se produce una inflamacion erisipelatosa alrededor de las mamas de los recien nacidos, y aun en algunos casos hemos observado abscesos. Creemos, pues, que no se leerán sin interés los detalles siguientes.

Dos ó tres dias despues del nacimiento, á veces mas tarde, se desarrolla, sobre todo en los niños vigorosos, varones ó hembras, una turgencia de las mamas que se hacen globulosas, duras, y se colorean un poco. Existe una tension dolorosa en este punto. En la inmensa mayoria de los casos este fenómeno fisiológico no dura mas que pocos dias y no da lugar á ningun accidente.

Con frecuencia pasa desaparecido. A veces se produce una ligera destilacion por el pezon, que no está nunca saliente. Este hecho y los demás de que nos ocuparemos han sido objeto de muchas Memorias recientemente publicadas. Solo existian sobre este punto algunas frases de Morgagni. En 1853, Natalis Guillot publicó una extensa Memoria sobre este objeto (1). En 1856 Gubler dió á luz una Memoria titulada: *De la secrecion y de la composicion de la leche en los recien nacidos de ambos sexos* (2), en la que revindica la prioridad de esta especie de estudios. En realidad este órden de hechos está aun poco explorado. Lorain tuvo ocasion en el Hospicio de niños expósitos, en la Maternidad y en las Clínicas de observar gran número de veces los casos en cuestion, que no son ignorados de ningun médico que se ocupa de enfermedades de los niños. Segun Gubler (3) «la secrecion aparece á veces al tercer dia; al cuarto las glándulas están mas voluminosas y con frecuencia (11 veces de 22) dejan salir por presion un líquido algo copioso, denso y opaco. Despues del cuarto dia el número de individuos provistos de leche, aumenta gradualmente, y la secrecion aumenta igualmente. La progresion continúa hasta el octavo dia, ó llega sensiblemente á su máxima, quedando despues estacionaria por algunos dias. Del noveno al duodécimo, de 65 niños uno solo tenia leche. A la edad de un mes es raro que la secrecion láctea no cese por completo.» La abundancia de la secrecion no está siempre en relacion con la energía del niño. Esta secrecion es verdaderamente leche, pues Quevenne y Gubler la han analizado (véase *loc. cit.*).

En los casos de infarto simple del pecho hay á veces necesidad de la intervencion del médico. Existe en ciertos paises, principalmente en Borgoña, donde abundan las nodrizas de profesion, una práctica tradicional que consiste en hacer salir por presion el líquido contenido en este infarto de los pechos de los niños. El empleo de los tópicos emolientes (cataplasmas de fécula ó de harina de linaza) y un

(1) Natalis Guillot, *De la sécrétion du lait chez les enfants nouveau-nés, et des accidents qui peuvent l'accompagner* (*Arch. gén. de méd.*, Noviembre 1853).
(2) Gubler, *Mémoires de la Société de biologie*, 1856).
(3) Gubler, *loc. cit.*

ligero laxante, como jarabe de achicorias á la dósis de 20 á 30 granos, basta en general para hacer cesar con rapidez este estado por lo comun poco grave.

El infarto de las mamas puede sobrepasar los límites fisiológicos; y en semejante caso habrá, segun Natalis Guillot, siete veces de ocho erisipela al nivel de las mamas. Se comprende que es menester dirigir un exámen crítico severo en la apreciacion de los hechos de esta naturaleza. En efecto, es raro que la erisipela de la mama ataque á niños sanos y robustos, que vienen en medio conveniente y saludable, mientras que en los focos de enfermedad y de infeccion, como los hospitales, los niños, sobre todo en las epidemias de fiebre puerperal, están expuestos á cierta terrible intoxicacion que se traduce por la peritonitis, la onfalitis, la supuracion de los vasos umbilicales y las erisipelas. No puede, pues, juzgarse de lo que sucede en la práctica por lo que se observa en los hospitales. Como quiera que sea cuando en la mama se desarrolla un flemon simple y el niño no se encuentra bajo la influencia de una afeccion nosocomial, puede esté flemon no presentar gravedad, y puede decirse que así se producen la mayoría de los casos. El empleo de los tópicos emolientes, la abertura del absceso en época oportuna por medio de la lanceta son los medios convenientes; en ningun caso y bajo ningun pretexto se recurrirá á las emisiones sanguíneas en los recien nacidos. No existe nunca necesidad de un tratamiento expecial para la erisipela. En cuanto á esta (1) sea sintomática de un estado infectante ó puramente accidental, local, en todos los casos la única preocupacion del médico debe ser, disminuir el dolor por las lociones emolientes ó la aplicacion de cataplasmas ó de sustancias grasas, el uso moderado de baños templados, y sobre todo fortificar al niño contra su mal y darle una buena nodriza.

ARTÍCULO III.

TUMEFACCIONES DOLOROSAS PARTICULARES Á LA ADOLESCENCIA Y Á LA PUBERTAD.

Hay otro momento de la vida en el que se producen infartos de los pechos de una especie particular y distintos de los que se presentan en las mujeres. Hablamos de la adolescencia. No es raro observar en los niños que llegan á la pubertad infarto de uno de los pechos ó de ambos á la vez. Se produce una tumefaccion dolorosa, sea expontáneamente, sea por una ligera causa traumática, el roce del tirante, por ejemplo.

Estos infartos son, en general, bastante dolorosos y persisten á veces durante algunas semanas; no suelen dar por lo regular lugar

(1) Véase mas adelante el artículo ERISIPELA.

á fiebre. Sin embargo, pueden llegar á producir un ligero movimiento febril, y que se forma un flemon.

No es solamente á la edad de doce ó catorce años cuando esto se produce; se ven ejemplos en soldados jóvenes, es decir, de veinte á veintidos años. A veces existe á la par orquitis. Las fricciones con cuerpos grasos, las cataplasmas, los baños, purgantes suaves, se deben emplear en semejantes casos.

ARTÍCULO IV.

INFARTO DE LAS MAMAS.

Cualquiera que sea el sentido que se dé á la palabra *infarto*, y cualquiera que sea la teoría por la que se explique la tumefaccion rápida de un órgano como la mama, no puede menos de aceptarse como cierto que este órgano aumenta rápidamente de volúmen, haciéndose causa de dolores y molestias en diversas circunstancias. Hay un infarto fisiológico, segun expresion de Velpeau, tal es el que se presenta en la proximidad de las reglas, sobre todo en las jóvenes. El embarazo y ciertos desarreglos menstruales son tambien circunstancias que producen cambios de volúmen en los pechos. En estos casos, dice Velpeau (1), «los muchos adquieren un exceso de volúmen, de densidad, calor y sensibilidad notable en el espacio de algunos dias y á veces solo de algunas horas. El pezon se hace prominente, se colora, y el tinte pardo de la areola aumenta de proporciones. Este infarto, que se llama *fisiológico* porque se refiere á las funciones del aparato genital, y que no merece en realidad el nombre de enfermedad, se disipa casi siempre al cabo de algunas horas ó de algunos dias; indisposicion muy pasajera que rara vez se prolonga mas de una semana. Como algunas mujeres suelen estar muy molestas bueno es saber que puede calmarse este estado por medio de tópicos, ya sean resolutivos, ya estupefacientes ó narcóticos. Paños mojados con agua de Saturno, unciones con linimentos ó pomadas opiadas de belladona ó de beleño consiguen pronto el alivio. Algunos baños mucilaginosos, un poco de alcanfor en enemas y bebidas acídulas le calman lo mismo. Solo se recurrirá al opio, á la sangría, á las sanguijuelas alrededor del pecho cuando las mamas estén muy sensibles y causen insomnio.»

No hablamos aquí del infarto crónico, que por lo comun enmascara un trabajo inflamatorio, sordo y profundo, ó el desarrollo de una afeccion orgánica de la mama.

(1) Velpeau, *Traité des maladies du sein*, 2.ª edicion. Paris, 1858, p. 186.

ARTÍCULO V.

INFARTO LÁCTEO.

§ I.—Consideraciones generales.

El infarto de los pechos á consecuencia del aumento de actividad funcional que determina el embarazo y la lactancia, es un hecho fisiológico; para este estado normal se hace prontamente patológico cuando el infarto pasa de ciertos límites. Hay entonces tension penosa, la mama se pone enorme, y en algunas que no crian su hijo ó que tienen el pezon mal formado, el infarto hace rápidos y constantes progresos. Si la succion se verifica, el infarto se disipa con prontitud. En el caso contrario, la mama se hace dura, tensa, la piel se pone lisa y brillante, la glándula está como abollada y apretada contra el tórax, estando privada de mobilidad; un tinte rojizo ó azulado aparece, y sobreviene fiebre.

§ II.—Causas.

Entre las causas de este infarto es menester citar primero los sufrimientos, las corrientes de aire, las grietas del pezon, la imposibilidad de dar de mamar, el destete, el aflujo excesivo de leche.

§ III.—Terminacion.

La *terminacion* es ó la resolucion ó el absceso. La primera es la mas frecuente; la segunda tiene de funesto que los abscesos de la mama están en razon de la estructura anatómica del órgano, situados profundamente, aislados unos de otros, y haciendo el pus salida al exterior con dificultad. Estos abscesos son por lo tanto dolorosos y lentos en su curacion. Además la lactancia está muy comprometida, y por lo tanto la salud del niño que lacta experimenta pérdidas considerables. No tratamos aquí del flemon de la mama, dejando su estudio á las obras de cirugía.

§ IV.—Tratamiento.

El plan curativo mas racional al principio, es hacer descargar los pechos por un niño vigoroso y ejercitado para vencer las primeras dificultades de la succion. Se han empleado con éxito los linimentos siguientes:

Agua de laurel cerezo... 70 gram.	Eter.................. 30 gram.
Extracto de belladona... 3		

Mézclese.

Velpeau recomienda la fórmula siguiente:

Aceite de almendras dulces.	100 gram.	Alcanfor	2 gram.
Extracto de belladona	1	Yemas de huevo	n.º 2
Amoniaco	4	Eter	2 gram.

Mézclese.

Cuando los accidentes no desaparecen y hay temores de flemon, con reaccion fuerte, fiebre y dolores intensos, se puede recurrir á las emisiones sanguíneas y á las cataplasmas rociadas con algunas gotas de láudano. Los purgantes, sobre todo si la mujer no debe lactar, se emplearán con ventaja.

ARTÍCULO VI.

HIPERTROFIA DE LAS MAMAS.

§ I.—Consideraciones generales.

La hipertrofia de las mamas puede afectar los dos pechos ó uno solamente ó aun parte de uno. Sin embargo, es mas general el ver aparecer la enfermedad en los dos pechos á la par. La palabra *hipertrofia* no tiene un sentido tan definido que esclusya la necesidad de determinarla. Se entiende por ella un aumento de volúmen, ya de la masa de un órgano, ya de sus elementos constitutivos; sin embargo, en las mamas hay que hacer una distincion que no carece de importancia. El aumento de volúmen de los pechos puede verificarse sobre todos ó en parte de los complejos elementos que entran en la constitucion de estos órganos. La grasa, la glándula y el tejido fibroso que forma su trama puede ser el asiento de la hipertrofia. En la hipertrofia en masa, el órgano conserva su forma y proporciones, pero creciendo enormemente. En cuanto al crecimiento de volúmen de solos los elementos glandulares, de los corcúsculos y el epitelio de la glándula y su multiplicacion con deformacion, es un género de lesion que pertenece sobre todo á la hipertrofia parcial, entrando en un órden de hechos de los que no nos ocuparemos aquí, correspondiendo á las obras de cirugía y al artículo *tumor (adenoide)* la descripcion de esta enfermedad.

§ II.—Anatomía patológica.

Scanzoni (1) define así la hipertrofia de que vamos á ocuparnos: «La hipertrofia general de las mamas puede determinar un aumento

(1) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. Dor y Socin. Paris, 1858.

enorme de volúmen y de peso; afecta por lo comun ambos pechos. El exceso de volúmen es debido principalmente al aumento del tejido celular, la hipertrofia del parénquima glandular solo entra como elemento secundario. En la superficie de la seccion aparecen los tejidos muy vascularizados, surcados en todos sentidos de vasos dilatados é ingurgitados de sangre, ó bien, por el contrario, muy anémicos y secos. El primero de estos dos estados se encuentra sobre todo cuando la enfermedad se desarrolla rápidamente en los sugetos jóvenes; los conductos galactóforos y los lóbulos de la glándula están entonces muy desarrollados, los primeros dilatados, y á veces llenos de leche. La mama hipertrofiada está, por el contrario, anémica cuando la enfermedad ha hecho progresos muy lentos.» Segun Velpeau (1), la hipertrofia de las mamas de que nos ocupamos debe tomar el nombre de *hipertrofia difusa*. Esta alteracion se ha disipado con los nombres *mamas elefantiásicas*, *mamas voluminosas*. Segun este autor, la hipertrofia puede actuar solo sobre el tejido celular adiposo, ó sobre la glándula propiamente dicha, ó bien sobre el tejido fibroso; en otros casos la hipertrofia comprende á la vez los tres tejidos. Esta especie puede alcanzar proporciones considerables.

§ III.—Frecuencia.

No se encuentra en los autores estadística formal sobre este punto. En realidad este género de lesion parece raro; es á lo que parece mas frecuente en las Indias, en América, en Egipto, en Inglaterra y en Alemania.

§ IV.—Causas.

La *edad* ejerce cierta influencia sobre la hipertrofia de las mamas. A. Cooper cree que esta afeccion se desarrolla principalmente entre treinta y treinta y cinco años; sin embargo cita un caso observado en una jóven de quince años. El *celibato*, segun el mismo autor, puede considerarse como causa predisponente. Segun Scanzoni (2), existe conexion entre este estado morboso y ciertas alteraciones de las funciones genitales; la supresion súbita de las reglas se ha indicado como causa; este autor cree que el desarrollo fisiológico de la glándula mamaria, en la edad de la pubertad, durante el embarazo y la lactancia puede, exagerándose, ser la causa primera de una nutricion anormal. Es raro, segun el mismo autor, que la hipertrofia de las mamas no vaya precedida de inflamacion.

Velpeau dice no haber visto esta lesion producirse ni antes de quince, ni despues de cuarenta años.

(1) Velpeau, *loc. cit.*
(2) Scanzoni, *loc. cit.*

Se ve por lo que precede que las causas de la hipertrofia de las mamas son mal conocidas, pero que algunos autores las refieren á alteraciones de las funciones genitales.

§ V.—Síntomas, curso, terminacion.

La invasion de la hipertrofia no presenta ninguna particularidad digna de notarse, no siendo doloroso al principio este aumento de volúmen, no llama la atencion en sus primeros tiempos. Sin embargo, cuando el curso de la afeccion es bastante rápido hay sensacion de peso y dolores nevrálgicos que se irradian hácia la axila; algunas veces la piel, al principio está roja y dolorosa al tacto; poco á poco, segun Scanzoni, cesan los dolores, y el crecimiento de la mama hace progresos mas lentos. Cuando el volúmen es considerable, las enfermas experimentan una molestia fácil de comprender. Se ha visto á una sola mama adquirir el enorme peso de 30 libras; estos órganos tienden entonces á pedicularse, pudiendo descender hasta las rodillas. Entre los síntomas propios de esta afeccion los mas interesantes son los que se refieren á los órganos genitales. Segun Velpeau, en semejante caso, «las réglas pierden en abundancia y no se presentan en sus épocas exactas, y aun á veces se suprimen por completo.» (1)

El *pronóstico* es en general funesto. Es necesario tener en cuenta la deformidad y la molestia que resulta del peso considerable; además la experiencia demuestra que las degeneraciones ó alteraciones orgánicas de los elementos de la mama se producen con frecuencia en semejante caso. En fin, puede resultar de la afeccion sola, adelgazamiento, alteraciones profundas de las funciones digestivas y marasmo. Cuando la enfermedad hace progresos notables, la curacion parece difícil de obtener. Se ha indicado que esta hipertrofia de la mama era un obstáculo para la concepcion.

§ VI.—Tratamiento.

El *tratamiento* que mas se ha empleado en estos últimos años es el iodo, que parece gozar de la propiedad de atrofiar ciertas glándulas, sobre todo las mamas. El iodo, el aceite de hígado de bacalao, el aceite iodado, la cicuta, el ioduro potásico, el ioduro de hierro, son, en concepto de Velpeau, los mejores remedios que deben emplearse en los primeros tiempos. Se aconseja la compresion metódica. La extirpacion de la mama es una operacion grave, y á la que no debe recurrirse sino en los casos en que el buen estado de las enfermas pre-

(1) Velpeau, *Traité des maladies du sein*. Paris, 1858, p. 210.

sente las mejores probabilidades de éxito, y en estas condiciones determinadas es en las que la aconseja Velpeau. Este cirujano solo propone la extirpacion en las enfermas en que el tumor mas ó menos movible, está pendiente y presenta una especie de pedículo, es decir, que la hipertrofia se localiza mas bien en el tejido glandular que en los demás elementos de la region, ó cuando los tegumentos están lo suficientemente sanos, y flojos para permitir conservar la cantidad y extension necesarias para la aproximacion de los labios de la herida. (Lorain.)

CAPÍTULO VIII.

De la funcion catamenial y de su influencia sobre las enfermedades.

En muchos de los artículos de esta obra nos hemos ocupado y estudiaremos aun (1) las modificaciones que la funcion catamenial puede sufrir ó imprimir en el curso ó en ocasion de las enfermedades que presentan los diversos aparatos de la economía. Sin embargo, todas estas modificaciones, sufridas ó impresas por la menstruacion, solo se han indicado como accesorias, y consideradas de este modo, no se ha comprendido su estudio en conjunto ni de un modo general. Además, algunos casos particulares, cuya historia pertenece mas especialmente á la pension catamenial, no han podido encontrar lugar en ningun otro capítulo que en este, que en nuestro concepto debe tener por resultado esclarecer algo la interesante cuestion de las relaciones que existen ó pueden existir entre la menstruacion y diversos estados patológicos. Sabida es la diversa interpretacion que se ha dado á estas relaciones; así en muchos puntos no podremos presentar una opinion admitida ó admisible, y deberemos limitarnos á trazar lo mas sucinta y fielmente posible las diferentes opiniones que se han emitido sobre los objetos cuestionables.

I. Hemos tenido ocasion repetidas veces, en el curso de este décimo libro, de recordar la opinion hoy generalmente admitida sobre el modo de comprender el papel del *flujo menstrual como elemento funcional importante, pero no indispensable, en el desempeño regular del gran acto fisiológico que constituye la ovulacion*, opinion que se admite hoy despues de las investigaciones y trabajos de Negrier (2),

(1) Cuando tratemos de algunas de las enfermedades de la piel volveremos á mencionar estas modificaciones.

(2) Negrier (d'Angers), *Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires de l'espèce humaine.* Paris, 1840.

Jones (1), Paterson (2), Montgomery (3), A. Pouchet (4), A. Raciborsky (5), etc.

La menstruacion consiste en un trabajo fisiológico que se verifica principalmente en los ovarios, á consecuencia del cual un óvulo llega periódicamente á su marudez. «En cada época menstrual se producen modificaciones importantes en las vexículas de Graaf, así como en la matriz, para facilitar el paso del óvulo y presentar las condiciones mas favorables á la fecundacion. Esto es lo que constituye la *ovulacion expontánea* de los mamíferos. La *hemorragia solo es uno de sus episodios*, poco marcado en la mayor parte de las hembras de los mamíferos; adquiere sin duda mas importancia en la mujer, y merece tomarse en consideracion, pero no deja de constituir un *fenómeno secundario de las épocas menstruales.*»

II. Una vez admitido este papel solamente secundario del elemento hemorrágico en el fenómeno de la ovulacion, nos conduce en un caso de amenorrea *á no atribuir á la ausencia del flujo sanguíneo todos los síntomas que pueden observarse á la par de ella*, y que solo tienen relacion con ella como una causa comun, como una simple coincidencia. En uno de los artículos precedentes (6), al ocuparnos de la amenorrea, se han tratado suficientemente los síntomas indicados (7) para que los repitamos aquí, y sin embargo hay algunos puntos sobre los que debemos insistir.

III. La primera cuestion que se presenta es la relativa á la influencia, sobrado extensa, que á veces se concede á la amenorrea cuando se trata de dilucidar si encierra ó no la idea de *esterilidad.* Dejando á un lado aquellas especies de amenorrea que por la naturaleza de las causas que determinan (8) no dejan ninguna duda sobre la imposibilidad de la fecundacion, sea que en ausencia de los ovarios faltase por completo el trabajo de ovulacion, sea que verificada esta funcion no saliese al exterior la sangre á causa de un obstáculo mecánico, es menester reservar el pronóstico para otras especies de amenorreas y no decidir por la ausencia del flujo catamenial

(1) W. Jones, *Practical Observations on Diseases of Women*. Lóndres, 1839.

(2) Paterson, *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1840.

(3) Montgomery, *Exposition of the signs and symptoms of Pregnancy*. Lóndres, 1837.

(4) A. Pouchet, *Théorie positive de la fécondation*. Paris, 1840.—*Théorie positive de l'ovulation spontanée*, etc. Paris, 1847.

(5) A. Raciborsky, *De la puberté et de l'âge critique chez la femme, et de la ponte périodique chez les mammifères*. Paris, 1844.—Véase tambien: Gendrin, *Traité philosophique de médecine pratique*. Paris, 1839, t. II, p. 28, cap. MENSTRUATION.—R. Lee, *Med. chirurg. Transact.*, t. XXII, p. 329.—Courty, *De l'œuf et de son développement dans l'espéce humaine*. Montpellier, 1845.—Duvernoy, *Congrés scientifique de Strasbourg*, 1842.—Coste, *Histoire générale et particulière des corps organisés*. Paris, 1847, t. I, p. 203 y siguiente.

(6) Artículo AMENORREA, p. 67.

(7) Véase, p. 73.

(8) Véase, p. 68.

la imposibilidad de una gestacion. Debemos limitarnos á recordar que existen casos en que se ha verificado la fecundacion en mujeres que no habian tenido nunca flujo menstrual (1). En estos diversos casos, ó bien faltaba por completo la menstruacion, ó bien se verificaba por otras vias, *supliendo* completamente el flujo menstrual ausente, ó bien solo *completándole* cuando una atenta exploracion dió á conocer indicios de la hemorragia uterina (2). Hay, pues, en semejante caso una modificacion mas ó menos aparente ó real de la funcion catamenial; pero esta modificacion se produce sobre el *elemento hemorrágico*, cuyo molimen, distraido de su centro fisiológico, se encuentra desviado, pero no abolido,» lo que prueba suficientemente «la persistencia de un trabajo fisiológico fundamental de la menstruacion (3).»

Así es que ya exista *amenorrea completa*, ya *hemorragia supletoria*, bien que la amenorrea sea incompleta y exista *hemorragia complementaria*, no es sobre el hecho de la amenorrea sobre el que deben basarse las probabilidades relativas á la cuestion de esterilidad, sino sobre las mismas causas de la amenorrea (4).

IV. Las *hemorragias catameniales, sean supletorias ó complementarias, pueden verificarse por puntos muy diversos*, sea la superficie del cuerpo, sea la de ciertos órganos huecos, ó en el espesor de algunos tejidos. Unas veces se presentan por puntos congestionados anteriormente, y otras por puntos de la piel ó de las membranas mucosas, en las que no se conocia hasta entonces ninguna alteracion.

Las úlceras (5), los nevi (6), las varices (7), el muñon de un miembro amputado (8), han sido en muchos casos el asiento del flujo catamenial; en otras circunstancias se ha visto verificarse por el ombligo, los ojos, los oidos (9), las encías (10), los pulmo-

(1) Fabricio de Hilden, *Centur. V*, obs. 42, p. 425.—Donatus, *Centur. IV*, obs. 54.
Rondelet, *Methodus curandor. omnium morb. corp. humani.*
Joubert, *Med. prat. libri.* Lyon, 1577.—P. Frank, *Epitome de curand. hominum morbis.*
Velpeau, *Traité d'accouchements.*—Kleemann, *Magaz. de Rust.*, XIX.
(2) Gendrin, *Traité philosophique de médecine pratique.* Véase tambien: Puech, *Influence de la déviation des règles sur l'ovulation*, 4.ª conclusion (*Arch. gen. de médecine*, 1863, t. I, p. 624).
(3) Raciborsky, *Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique.* Paris, 1856, p. 108.—Véase tambien Puech, *loc., cit.*, 6.ª conclusión.
(4) Véase anteriormente, p. 67.
(5) Bordeu, citado por Raciborski, *loc. cit.*, p. 107.—Blundell, citado por Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, p. 213.
(6) Raciborski, *loc. cit.*, p. 107.
(7) *Ibid.* y A. Bierre de Boismont, *De la menstruation* (*Mem. de la Acad. de med.*, 1841, t. IX).—Briquet, citado por Raciborski, *loc. cit.*, p. 107.
(8) Fl. Churchill, *loc. cit.*, p. 212.
(9) Ashwell, *Guy's hospital Reports*, nº V, p. 156.—Law, citado por Churchill, *loc. cit.*, p. 213.
(10) Dunlap, *Edinburgh monthly Journal*, Octubre 1850, p. 375.

nes (1), el estómago (2), los brazos, la vejiga (3), las mamas (4), la extremidad de los dedos, las falanges (5), las diversas articulaciones, la axila (6), el hueco poplíteo (7), y en general toda la superficie de la piel (8).

Añadiremos aun que en algunos casos se han visto hacerse mas abundantes que de ordinario ciertos productos de secreciones normales. De este modo Siebold (9) y Fl. Churchill (10), entre otros, han observado la existencia de una excesiva salivacion. Debemos mencionar tambien que algunas mujeres que habian sufrido alguna herida en la época de las reglas, volvian á verter sangre por el punto correspondiente á su herida en las épocas siguientes (11).

Independientemente del interés que presenta á la curiosidad del filósofo, el demostrar por qué vias, regularmente desconocidas, llega la naturaleza á estos resultados; las desviaciones menstruales deben tambien llamar la atencion del médico práctico. En efecto, «aun cuando la mayor parte sean casi inofensivas (12), conviene, sin embargo, imprimir á la hemorragia periódica su direccion normal, sea por la aplicacion de algunas sanguijuelas á la vulva en la aproximacion de una época presunta menstrual, sea por sinapismos á los muslos, ó lo que es mejor aun, por vapores amoniacales ó de infusion de harina de mostaza, dirigidos á la vagina, etc. Pero por alarmante que parezca una hemorragia supletoria, no debemos cohibirla sin

(1) Fl. Churchill, *loc. cit.*, p. 213, vió una mujer en la que se presentó una hemorragia supletoria por los pulmones al final de un embarazo, repitiéndose el hecho en dos embarazos sucesivos. Véase sobre *hemoptisis supletorias*, tomo II, p. 596.—Dreyfus, *Séances de la Société méd. prat.* (*Union médicale*, 15 Junio 1851.—Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. I, p. 572.—Charles Wase, *American medical Journal*, Abril 1850, p. 371.—Puech, *loc. cit.*

(2) Véase tomo III, p. 657.—Véase Puech, *loc. cit.*

(3) A. Brierre de Boismont, *loc. cit.*, p. 163.

(4) Puech, *loc. cit.* (24 veces).

(5) *Medic. Gazette of London*, Nov. 1839 y 20 de Setiem. 1816.

(6) Bonfils (de Nancy), *Journal général de médecine*, 1828.

(7) Cummius, *Lettre* au docteur Elsnerus, *sur une hémorrhagie menstruelle par le jarret, observée chez une femme enceinte* (*Éphémérides de l'Académie des curieux de la nature*, dec. I, ann I, 1670, obs. 96 y *Collection academique*, t. III, p. 17, Paris, 1755).

(8) Capuron, *Maladies des femmes*, p. 120.—Astruc, vol. I, p. 158.—Haller, *Elementa physiologiæ*.—Hamilton, *Medical Commentaries*, vol. XI, p. 337.—Atsbury, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. XVII, p. 341.—*Mem. of the med. Society*, t. III, p. 502.—Davis, *Obstetric Medicine*, vol. I, p. 242.—Locok, *Cyclop. of Pract. med.*, vol. I, p. 71.—*Med. Gazette*, 29 Julio 1837.

(9) Siebold, *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmer Krankheiten*, Frankfurt am Mein, 1821, vol. I, p. 338.

(10) Fl. Churchill, *loc. cit.*, p. 213.

(11) Girod (de Lyon), *Journal de la Société de médecine*, t. XIX, cuaderno de 21 Diciembre á 19 Enero.

(12) Sin embargo, en ocasiones han causado la muerte las desviaciones menstruales (Puech, *loc. cit.*, 8.ª conclusion).

haber restablecido préviamente el flujo menstrual (1), porque hay ejemplos de tentativas temerarias de supresion seguidas de funestos accidentes (2). Añadiremos que cuando sobreviene un embarazo es lo general que se supriman las desviaciones hemorrágicas, excepto en las que reaparecen, sea en el prepucio, sea en la suspension de la lactancia (3).

V.. Si en algunos casos la amenorrea no va acompañada de ninguna alteracion, no solo en la salud general (4), sino tambien en la misma funcion de reproduccion (5); por otra parte, hemos visto los esfuerzos que hace la naturaleza para suplir por diversas vias el flujo regular, cuando llega á faltar. Además, é independientemente de los síntomas variados y puramente locales suministrados por solo el aparato genital (6), hay casos numerosos en que se presentan complicaciones en otros aparatos, invitando esta coincidencia á averiguar la parte que puede haber entre la produccion de la amenorrea completa ó parcial, la supresion pasajera ó definitiva ó solo las dificultades en la escrecion menstrual. La apreciacion del *valor patogénico de estas anomalías del flujo catamenial*, si se pudiera fijar siempre con exactitud, nos evitaria un considerable número de errores; ni habria discusiones con relacion á una hemorragia que la fisiología nos enseña á considerar desde ahora como un elemento accesorio de una funcion que puede verificarse sin perjuicio apreciable, á pesar de la ausencia de los ménstruos.

Para proceder con algun fruto, debemos sucesivamente pasar revista á los desórdenes de los diferentes aparatos.

1.° *Aparato genital.*—Las alteraciones sintomáticas presentadas por este aparato, no se observan generalmente, como hemos dicho, sino en los casos en que la evolucion espontánea se verifica en realidad, siendo variables en sus formas é intensidad, segun las mismas formas de la amenorrea, ó de la dismenorrea. Se han indicado suficientemente los fenómenos ligados á ambos estados, y solo debemos

(1) Raciborski, *loc. cit.*, p. 111.

(2) Forestus, *De cerebr. morbis*, obs. 24.—Chauffe (de Besançon). *Des accidents et des maladies qui surviennent à la cessation de la menstruation*, tésis de Paris, año X.

(3) Puech, *loc. cit.*, 7.ª conclusion. Sin embargo, en ciertos casos, y entre otros los citados por Commius, independientemente despues de la primera supresion debida á un embarazo, en cuanto á su aparicion regular, comienza á presentarse en una superficie extraña á las vias genitales; las reglas en estos casos vuelven á su via regular cuando un parto de *un niño varon* y *bien conformado* pone fin al embarazo.

(4) Estos casos son aquellos en que no existe el ovario, pero solo hay ausencia del flujo menstrual, sino del fenómeno capital, la ovulacion espontánea (véanse las páginas 73 y 432).

(5) Hemos visto anteriormente (pág. 265 notas 4 y 6) que la gestacion no es solo posible, sino que se verifica hasta varias veces en las mismas personas del modo mas feliz.

(6) Véase p. 57.

hacer consignar aquí su existencia. Sin embargo, hay algunos que pueden hacer dudar si los desórdenes observados en la evacuacion menstrual, pueden ser considerados como causa ó signos y si unos y otros no tienen en realidad otra relacion que la de depender de un orígen comun.

A. Hemos visto anteriormente que en una de las variedades de *hematocele peri-uterino*, la hemorragia puede provenir de la mucosa de la trompa ó del pabellon de este conducto, y que parece producirse por el solo hecho de la exageracion del orgasmo menstrual (*hematocele catamenial* de Trousseau); hemos insistido igualmente, en ocasion de las *inflamaciones peri-uterinas crónicas*, sobre la recrudescencia que determinan las apariciones periódicas del molimen menstrual; hemos indicado tambien esta influencia al tratar de la produccion de las hemorragias en los casos de *fungosidades uterinas* (1); y en otros muchos capítulos del presente libro se ha señalado tambien la importancia de este hecho. Pero en ninguna parte es mas manifiesta esta influencia de los movimientos conjuntivos ligados con las épocas menstruales que en la historia de esos *pólipos uterinos de aparicion intermitente*, de los que sobre todo Huguier ha dado á conocer la evolucion. Un pólipo uterino, en vano buscado por el tacto vaginal, llega una época menstrual, se produce una nueva explosion y se percibe claramente entre los labios del cuello dilatado espontáneamente un tumor que el dedo circunscribe con exactitud; pasa la época menstrual, cesa con ella el aparato conjestivo que la acompaña, y practicado de nuevo el tacto vaginal no se percibe el mas pequeño tumor (2). La congestion menstrual determina esas variedades de *dismenorreas con infarto duro del cuello* sobre las que tanto ha insistido Duparcque (3).

B. Pero fuera de estas diversas alteraciones sobrevenidas en el aparato genital y en las que deben considerarse con un verdadero valor patogénico al elemento congestivo de la ovulacion, hay cierto número de casos en los que la congestion simple parece exagerarse.

(1) Véase p. 164.—Véase tambien: A. Raciborski, *Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique*, p. 43.

(2) Estas apariciones intermitentes del pólipo pueden producir ilusiones muy temibles en la práctica, y si la enferma es explorada por dos medios diferentes, practicando uno al reconocimiento durante la época menstrual, y el otro fuera de este período, las diferencias del resultado de ambas exploraciones pueden, de una y otra parte, dar lugar á deplorables interpretaciones. No debemos olvidar un hecho importante, y es que los pólipos pueden presentar hemorragias que se confunden con los períodos menstruales. La confusion de este caso seria tanto mas funesta, cuanto que llevaria á observadores poco atentos á considerar como inexacto el hecho indicado por Huguier. Este hecho sin duda no es constante, pero si se le quiere investigar con utilidad debe ser en el momento de las reglas, y no de hemorragias accidentales cuando debe explorarse.

(3) Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, p. 22.—Véase tambien A. Raciborski, *loc. cit.*, página 46.

Los ovarios, como se sabe, se hacen en cada época menstrual, «foco de una sobrexcitacion nerviosa de una congestion sanguínea activa;» pues sea por predisposicion individual, sea por «ciertas disposiciones locales, dependientes de algunas condiciones patológicas en la organizacion de los ovarios ó de las vexículas,» el estado congestivo ordinario «puede elevarse hasta un grado variable de flogosis y producir por lo menos una ovaritis parcial. Las enfermas experimentan dolores en el bajo vientre y particularmente en el lado de uno de los ovarios. Merced á las numerosas ramificaciones de los plexos nerviosos de esta region y de sus extensas anastomosis, sobrevienen con frecuencia alteraciones simpáticas, tales como dolores de riñones, necesidad frecuente de orinar, dolores nevrálgicos en los muslos, hemicráneas, vómitos, etc. El fenómeno que mas domina es el dolor, siendo á veces tan intenso que se retuercen en la cama y se doblan sobre sí mismas. En las mujeres nerviosas y muy irritables adquieren estos síntomas tal intensidad que en vista de la poca fiebre ó aun de la ausencia de todo movimiento febril, hay tendencia á considerar todos estos fenómenos como únicamente nerviosos.» Sin embargo, segun Raciborski (1), examinando con detencion, rara vez deja de descubrirse la verdadera fuente de los accidentes, y muchas veces se ha podido, por medio de la palpacion ó de la percusion, determinar el sitio del ovario que es punto de partida de todas estas alteraciones, á cuyo nivel el dolor, generalmente mas vivo, aumenta sensiblemente á la presion. Este estado precede por lo comun á la erupcion de las reglas, pero es raro que continúe durante todo el período menstrual; y aunque en algunos casos haya verdaderas pérdidas, en la mayoría es poco abundante mientras existen los dolores (2). «Accidentes de esta naturaleza se repiten á veces en cada época menstrual y aun durante algunos años.» Las tres cuartas partes de casos de dismenorrea, son, segun Raciborski, constituidas por *ovaritis foliculosas*, en las que se ve solo predominar unas veces el elemento nervioso y otras el inflamatorio. Este modo de ver merece ser meditado en la práctica, pues que si la forma inflamatoria está bien manifiesta, no duda el autor que acabamos de citar en aconsejar una *emision sanguínea* local y aun general cuando las enfermas son de una constitucion robusta. «Inmediatamente despues recurre á los *baños*, por los que comienza cuando dominan los fenómenos nerviosos. En cuanto al peligro atribuido ahora de los baños durante las épocas menstruales, hace observar Raciborski (3) que los temores inspirados por este peligro dependen de que se ha confundido la menstruacion con las demás hemorragias en general, y declara que estas aprensiones

(1) A. Raciborski *loc. cit.*, p. 28.
(2) Véase tambien Chereau, *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*. Paris, 1844, p. 126.
(3) A. Raciborski, *loc. cit.*, p. 29.

personales están hoy singularmente disminuidas» (1). Además cuando los baños templados «nos dan tan buenos resultados en las inflamaciones abdominales y sobrexcitaciones nerviosas.» ¿Cómo podrian ser perjudiciales en la *inflamacion foliculosa* de los ovarios? ¿No tenderán, por el contrario, á contener la inflamacion en sus límites normales y á calmar la sobrexcitacion nerviosa que la acompaña? Hé aquí cómo procede Raciborski: «Los baños tomados todos los dias no deben durar mas que una hora. Durante el baño se verterá de tiempo en tiempo agua, 2 á 3 grados mas caliente, por las espaldas, pecho y parte superior del vientre, lo que es con frecuencia agradable á las enfermas, pues produce una revulsion saludable de los ovarios. Lejos de favorecer las pérdidas sanguíneas este método, se han conjurado con él dos veces menorragias abundantes que debilitaban las enfermas.» Freind (2), aconseja en casos semejantes, el uso de preparaciones de acetato de amoniaco, á la dósis de 12 á 15 gotas en medio vaso de agua azucarada, cuatro ó cinco veces al dia, en union de los medios anteriormente indicados.

«La ovaritis foliculosa que acompaña á la época de las reglas no termina siempre por resolucion y algunas veces termina por supuracion. Sucede con frecuencia que la inflamacion alcanza á las trompas y la matriz, determinando adherencias anormales ó tumores formados por una exudacion de materia plástica, ó llenos de pus (3). En estos casos hay necesariamente *esterilidad por causa mecánica*. No se prestará demasiada atencion á estos hechos si se les compara con aquellos en que se ve á las mujeres que experimentan habitualmente vivos dolores durante las reglas ó que presentan aun otros signos mas característicos de la ovaritis foliculosa presentar las mas de las veces esterilidad (4).»

C. Independientemente de la funesta influencia que puede ejercer alguno de los elementos de la funcion catamenial (la congestion), cuando se sobrepasan sus límites, debemos añadir «que es menester tener presente la sobrexcitacion que la inflamacion de los folículos puede producir en los números *plexos nerviosos de la pélvis*.»

D. Las glándulas mamarias por las que, como hemos visto anteriormente se pueden producir hemorragias supletorias, están íntimamente ligadas al resto del aparato genital, para que dejemos de considerar *la influencia de la menstruacion sobre la leche de las nodrizas y la salud de los niños de pecho.*

(1) Aunque generalmente se detienen las reglas por la influencia de la inversion en agua fria, el hábito, sin embargo, destruye esta disposicion, como se observa en las mujeres que sirven de bañeras en los baños de mar. (Brierre de Boismont, *loc. cit.*, p. 154.)

(2) Freind, *Emménologie*, trad. por Devaux, 1730.

(3) Harison (de Louisville) citado por Chereau, *loc. cit.*, p. 129.—Andral, *Journal hebdomadaire de médecine*, 1828, t. I, p. 114.

(4) A. Raciborski, *loc. cit.*, p. 36.

Sabido es que la lactancia suspende el trabajo de la ovulacion, generalmente, durante un tiempo mas ó menos largo; lo mas frecuente un año, y algunas veces mas. Las cesan de aparecer durante este tiempo y las mujeres están en *general* menos expuestas á contraer un nuevo embarazo. Se ve, sin embargo, nodrizas en las que las reglas se presentan despues del parto en el término habitual, como si las mujeres no criasen; *importa, pues, saber si la continuacion ó aparicion de las reglas en una nodriza tiene alguna influencia en la leche, y si se puede confiar impunemente un niño á una nodriza que ménstrua.*

Las opiniones de muchos autores sobre esta grave cuestion que puede presentarse cotidianamente al médico, presentan tal grado de duda que no permitan deducir instruccion alguna. Sin embargo, tentativas fundadas sobre investigaciones científicas se han hecho en varios sentidos por Domé; y, segun él «si hay casos en que la menstruacion ejerce una funesta influencia sobre la leche,» sucede con frecuencia que no ejerce ninguna y que los niños no se resienten en modo alguno. «Aparte de los casos en que la leche experimenta alteraciones notables, es el mismo resultado el que debe servir de guia, es decir, que el estado del niño es el mejor indicio de la conducta que debemos seguir.» Pero estos sabios consejos de Domé no aclaran la dificultad, porque las bases sobre que se fundan no establecen que si el niño se desmejora dependa de la presencia de las reglas. Lo que conviene averiguar es *si la leche sufre alteraciones importantes bajo la influencia de la menstruacion.*

Segun Gendrin (1), que ha seguido esta via: «la aparicion de las reglas en las nodrizas va acompañada de una disminucion en la actividad de la secrecion mamaria. La leche se altera, es siempre serosa, menos rica en principios nutritivos; el microscopio da á conocer la disminucion de granulaciones, la leche se asemeja al calostro, y adquiere por lo general condiciones laxantes que se expresan por cólicos y evacuaciones diarréicas, que afectan al feto durante el flujo menstrual de la nodriza. Si esta continúa reglada sobre todo si la hemorragia es abundante, la cantidad de leche disminuye debilitándose en sus condiciones alimenticias, adelgazándose y nutriéndose incompletamente el niño.

Sin embargo, no satisfechos de la afirmacion de Gendrin, A. Raciborski y Quevenne hicieron nuevas investigaciones sobre el mismo asunto. Segun estos observadores, es necesario rebatir la opinion de los médicos, que atribuyen á la menstruacion una funesta influencia sobre la leche, en la que suponen graves alteraciones durante las épocas menstruales.

La única alteracion que puede realmente atribuirse á la influencia de las reglas es la disminucion de las proporciones de los glóbu-

(1) Gendrin, *Traité philosophique de médecine pratique*. Paris, 1839.

los de manteca ó la disminucion de la crema. Sin embargo, esta influencia dista mucho de marcarse en todas las mujeres y aun de reproducirse constantemente en cada época; en fin, la disminucion de la crema, demostrada en mas de la mitad de los casos por Raciborski y Quevenne, no ha sobrepasado nunca los límites que pueden marcar una leche de malas condiciones.

«Esta leche, añaden los autores mencionados, es evidentemente menos rica; pero no es mala, sobre todo cuando se cree que adquiere de nuevo sus buenas cualidades despues de las reglas.

»La reaccion química no se ha modificado ninguna vez por la influencia de la menstruacion, la leche conserva siempre su ordinaria alcalinidad, hecho que responde suficientemente á las personas dispuestas á atribuir á la leche de las nodrizas menstruadas el inconveniente de favorecer el desarrollo de accidentes gástricos y de favorecer la diarrea.

»La continuacion de las reglas en una nodriza, no parece tener ninguna influencia sensible en la salud de los niños; generalmente no se encuentran indispuestos en el período de las reglas, y no parece que adquieran por las condiciones de esta lactancia las pretendidas disposiciones al desarrollo de las escrófulas.

»No parece razonable rechazar una nodriza por la sola razon de la aparicion de la menstruacion; las nodrizas regladas no son en igualdad del resto de las circunstancias menos buenas que las que no ménstruan.

»En consideracion á la sobrexcitacion nerviosa, que por lo general acompaña en grados diversos á las épocas menstruales, debemos vigilar á las nodrizas menstruadas durante el período para evitar todas las impresiones morales vivas que puedan reaccionar sobre el sistema nervioso de los niños que lactan (1).»

A lo que precede añadiremos, aunque J. F. Larcher (2) ha observado que los niños criados por mujeres menstruadas tomaban el pecho con menos avidez durante el curso de las reglas y sin ninguna alteracion en su salud siempre que la nodriza fuese buena bajo los demás puntos de vista. Una vez pasado el período menstrual los niños lactan como de ordinario.

E. Despues de haber observado la parte de influencia patogónica que es posible conceder á la ausencia ó dificultades de la menstruacion en una edad en que esta funcion debe establecerse ó desempeñarse regularmente; despues de haber procurado demostrar la influencia pueda revindicar esta funcion, sea en la etiología de ciertas enfermedades del aparato genital, sea en sus recrudescencias, sea en la produccion de algunos de sus síntomas, sea, en fin, en las alteraciones de salud observadas en algunos niños de pecho, fenómenos de

(1) A. Raciborski, *loc. cit.*, p. 118-129.
(2) J. F. Larcher, *Notes manuscrites de médecine pratique.*

los que equivocadamente se la inculpaba; nos queda examinar todavía el papel de la *menospausia* en la patología y en la terapéutica del aparato genital.

Sabido es que despues de haberse desempeñado por cierto número de años las manifestaciones periódicas, acaban por desaparecer, así como la ovulacion, en una edad que en nuestro pais oscila entre cuarenta y cinco y cuarenta y seis años, por término medio, aunque á veces sube á los cincuenta, y á veces mas. No recordaremos aquí las modificaciones fisiológicas que experimentan las partes fundamentales del aparato genital, y nos vasta indicar cuáles de estas modificaciones pueden producir estado patológico.

Si se admite generalmente que la menospausia puede ejercer una influencia mas bien favorable que perniciosa sobre la *metritis crónica* rebelde, lo que parece explicarse por la ausencia de las manifestaciones periódicas de la congestion menstrual, la grave cuestion del *cáncer del útero* se presenta rodeada de algunas dificultades. Muchos autores y Fl. Churchill (1) en particular considera la época de la menospausia como el principio de las afecciones malignas; sin embargo, segun la afirmacion de Raciborski, resulta de la comparacion misma de los casos contenidos en el cuadro formado por Mr. Boivin que las *afecciones cancerosas del útero, raras en la época de la vida en que aparece el período menstrual, se hacen mas frecuentes á medida que este período avanza y que los ovarios como el útero gozan de un papel activo en la mujer, para disminuir despues progresivamente á contar desde la edad de cuarenta y seis años*, que puede considerarse como el término medio de la cesacion de la menstruacion en el Mediodía de Europa.

Dupuytren (2), como muchos autores, atribuye á la influencia *de la edad crítica*, la frecuencia relativamente mayor de los pólipos en la proximidad de este período. Sin embargo, de un cuadro presentado por el mismo Dupuytren, parece resultar por una parte que *la frecuencia de los pólipos está siempre en razon directa de la duracion del tiempo trascurrido desde el principio del ejercicio de la menstruacion (de cuarenta á cuarenta y nueve años)*, y por otra parte, *que una vez pasado este tiempo, disminuye de un modo sorprendente la frecuencia de los pólipos*.

El molimen menstrual puede, pues, considerarse como muy favorable á todas las afecciones del útero en general y en particular á las afecciones cancerosas; y la menospausia no parece ejercer sobre

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes hors l'etat de grossese, pendant la grossese et apues l'accouchement*, trad. de Wieland y Dubrisay. París, 1866, p. 246.

(2) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale, faites á l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. III, p. 483.

su desarrollo esa influencia funesta que habia hecho dar á la época correspondiente el nombre de *infierno de las mujeres*.

2.° *Aparato urinario*.—Hemos recordado anteriormente que la *hematuria* es en ciertas condiciones una de las formas que revisten las menstruaciones supletorias; á veces se observan *alteraciones en la emision de orina*; pero un fenómeno que parece de los mas importantes es la *congestion renal*. Becquet (1), que ha estudiado esta cuestion con especial cuidado, ha llegado á deducir que en el *momento en que se efectúa la fluxion catamenial, los riñones se asocian á esta congestion de los órganos genitales y se tumefactan*, hecho que menos raro que lo que se supone, y quizá fisiológico, da cuenta de los dolores que se marcan en las épocas menstruales, sobre todo en las mujeres mal regladas. Tumefacto y mas pesado el riñon (2), lucha con los obstáculos que le mantienen en su puesto. Sin embargo de que recobra sus condiciones normales, como en cada mes se repiten los mismos fenómenos, termina el órgano por dislocarse lentamente sin sufrimientos, por un proceso insensible hasta el dia en que aparece libre y flotante en el abdómen, sea en el momento de las reglas, sea despues de una fatiga ó sacudida violenta (3). La posicion horizontal, la quietud durante las reglas y aun algunos dias despues, la suspension del baile ó la equitacion y el corsé, son los mejores medios preventivos. Los demás deben dirigirse á combatir la causa misma de la congestion menstrual.

Aunque la observacion de *riñones flotantes*, en el hombre demuestra que las congestiones menstruales no son la única causa de este fenómeno, la etiología sobre la que insiste Becquet lleva sin embargo á pensar que la *menospausia*, haciendo cesar la causa, es *favorable*; es, pues, necesario tenerlo muy en cuenta para el pronóstico.

3.° *Aparato de la inervacion*.—Desde el principio hemos hecho observar que para apreciar bien la influencia de la menstruacion, es menester considerar, no solo el elemento hemorrágico, sino tambien el nervioso, inseparable de las épocas menstruales. Es menester no perder de vista que independientemente de lo que en la patogénica de las alteraciones de la inervacion, pueden relacionarse con las anomalías de la hemorragia catamenial, la sobrexcitacion, que normalmente acompaña al trabajo de ovulacion, debe considerarse con frecuencia por sí sola como una causa predisponente de las diversas nevroses, que por esta razon «son mas frecuentes en la proximidad de la pubertad, presentando exacerbaciones en el momento de las reglas, y haciéndose por lo comun menos frecuente en la edad

(1) Becquet, *Essain sur la pthogénie des reins flottants (Archives générales de médecine*, 1865, t. I, p. 5-29).

(2) Mas frecuentemente el riñon derecho.

(3) Véase para la sintomatologia de los *riñones flotantes* el artículo MOVILIDAD DE LOS RIÑONES, t. IV, p. 669.

de la menospausia.» (1) Sin embargo, si esta nocion se aplica á las nevroses con síntomas mas ó menos constantes, con forma determinada, tales como el histerismo, la epilepsia, etc., es menester reconocer que á medida que la excitacion periódica de la ovulacion se extingue, á medida que esta causa predisponente de las nevroses se aleja, sobrevienen otras alteraciones nerviosas de forma mal determinada, vagas, movibles, que cambian á cada momento de aspecto, ó se reemplazan sucesivamente. (Raciborski.)

Debemos, para proceder con algun órden en un estudio tan complejo como el de las alteraciones de la inervacion, pasar sucesivamente revista á las modificaciones que los desórdenes de la menstruacion puede producir, sea en la sensibilidad, sea en la motilidad, sea en la inteligencia.

A. **Nevralgias.**—En ocho observaciones recogidas por Raciborski, y de las que tres eran relativas á nevralgias del quinto par, tres á la ciática y dos á la nevralgia ileo-lumbar, todas las enfermas habian experimentado exacerbaciones en la proximidad de las reglas, y con frecuencia durante su curso (2). En esta ocasion, y lo diremos ahora para siempre, que lo mismo que las congestiones periódicas ejercen una funesta influencia sobre el curso de muchas afecciones uterinas, del mismo modo, «en todas las afecciones del sistema nervioso que tienen por carácter la *excitacion*, la menstruacion ejerce generalmente una influencia marcada é incontestable, caracterizada por el aumento de esta excitacion.» (Raciborski.)

B. **Parálisis.**—Hemos tenido ocasion de indicar, al tratar de algunas afecciones uterinas, ciertas parálisis que puedan observarse en su curso, y hemos mencionado expecialmente diversas formas de paraplegias. La patogenia de estas alteraciones, actuando sobre la motilidad, ó sobre la sensibilidad, ó ya sobre ambas funciones á la par, ha producido grandes discusiones, sobre todo desde los trabajos de Nonat (3) y de sus discípulos Esnault (4) y Vallin (5). No pudiendo entrar aquí en grandes detalles sobre esta cuestion, y debemos limitarnos á recordar, que si en cierto número de casos, las lesiones del útero y de sus anejos pueden producir una paraplegía funcional ó nevrolítica (6), estos casos son la excepcion; siempre que el tacto

(1) Raciborski, *loc. cit.*, p. 133.

(2) Raciborski, *loc. cit.*, p. 100.—Véase tambien Axenfeld, *Des névralgies* (en Requin. *Eléments de pathologie médicale*, t. IV, p. 161. Paris, 1863).

(3) Nonat, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1860. Las primeras observaciones del autor se remontan á 1850.

(4) Esnault, *Des paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon périutérin*, tésis. Paris, 1857.

(5). Vallin, *Des paralysies sympathiques des maladies de l'utérus et de ses annexes*, tésis. Paris, 1858.

(6) C. E. Brown-Séquard, *Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs*, trad. fran. de R. Gordon. Paris, 1864, p. 8.



turaleza de estos desórdenes, y si se trata en particular de una supresion, la *naturaleza* misma *de las causas*, que la han determinado constituyen otras tantas condiciones que influyen sobre la *naturaleza de los accidentes consecutivos*. «Así puede estarse seguro anticipadamente, que cuando se trate del miedo, de un profundo pesar, ó de un repentino dolor, la supresion de las reglas irá acompañada de accidentes dependientes de la inervacion; si por el contrario la causa que precede á la supresion es de otra naturaleza, como por ejemplo, el paso repentino del calor al frio, se verán aparecer fenómenos de naturaleza inflamatoria. Estos fenómenos son por consecuencia absolutamente semejantes á los que las mismas causas producen fuera de las épocas menstruales,» lo que parece probar que «*las reglas no juegan otro papel* en su etiología que el de *causa predisponente*. Este papel algo importante, ya por la sola causa de la impresionabilidad mas grande de las mujeres en esta época, da una importancia excepcional á las causas que obran particularmente sobre la inervacion» (1).

Hay, pues, todo un órden de alteraciones de la inervacion en la produccion, de las que la hemorragia menstrual no parece entrar para nada. Mas, por otra parte, estos dos órdenes de accidentes parecen ceder á esta hemorragia sus principales caractéres, que son el infarto congestivo ó inflamatorio del útero, y las hemorragias supletorias de que hemos hablado.

Casi todo el interés de las alteraciones paralíticas ligadas á la menstruacion, se ha limitado hasta ahora en investigar precisamente en qué consiste el enlace patogénico. Solo nos quedan pocas palabras que decir acerca de la *influencia que la menstruacion puede ejercer posteriormente sobre el curso de las parálisis*. De las ocho mujeres que Raciborski ha interrogado con este objeto, dos eran hemiplégicas, tres paraplégicas, y otras tres presentaban parálisis facial. Todas estas mujeres habian sido generalmente bien regladas hasta la invasion de la enfermedad; continuaron siéndolo despues. En ninguna se observó modificacion de su estado en el momento de las reglas (2).

C. **Nevrosis complejas**.—*a Epilepsia*.—La ovulacion parece desempeñar un papel importante en la etiología de la epilepsia y del *histerismo*, pues que, segun las investigaciones de Beau, la edad correspondiente á la primera aparicion de las reglas es en la que generalmente comienzan ambas névroses. Las diversas estadísticas (3) no dejan duda que la menstruacion sea en realidad una causa predisponente de la epilepsia y del histerismo, expecialmente para la primera. Marotte, Bouchet y Cazauvielh han sentado la misma opinion. Segun

(1) Raciborski, *loc. cit.*, p. 105.
(2) Raciborski, p. 100.
(3) «Por otra parte, de 30 mujeres epilépticas en las que obró la causa en el momento de las reglas, el efecto fué inmediato en 17.—Con relacion al histerismo obró la causa dos veces en el período menstrual, y en ambas el efecto fué inmediato.—En fin, de 227 mujeres epilépticas observadas por Beau, en solo 82 la

ndo, como lo ha visto Lúcas Championnière (1), ce-
o, así como durante un embarazo hasta la vuelta de

) es quizás de todas las nevroses la que se presenta
:ia en las épocas menstruales á consecuencia de la
sa que las caracteriza.» Segun la observacion de
ra de anomalía, irregularidad y desórden, parece
nujeres predispuestas la única causa ocasional del

e precede debemos deducir con Raciborski que las
n menstrual constituyen un grupo aparte, que es im-
istinguir de las demás nevroses procedentes de otro
incion varía aun para las demás alteraciones de la
os queda que examinar y es importante, porque so-
nda el pronóstico y las indicaciones terapéuticas.
encefálicos.—Las alteraciones del encéfalo, en sus
a menstruacion regular ó irregular, son á veces
difícil clasificarlas con utilidad; las enfermas expe-
s y dolores de cabeza de espantosa violencia. «Te-
todo solas, porque creen caerse; á veces se presumen
er locas, ó bien que están próximas á una congestion
alteraciones de sensaciones ó de ideas se presen-
ices de la menstruacion; pero mas particularmente
ı se establece, y con mayor frecuencia aun cuando
mo caso «los diversos fenómenos que hemos indi-
an antes que las reglas desaparezcan y continúan
spues de la menospausia. El período de tiempo que
nómenos suelen ser de dos á cuatro años ó mas (4).»
mente de estas alteraciones cefálicas variadas que,
ver, merecen vigilarse con cuidado, hay algunas
in y cronicidad son tan comunes, y tan íntimas sus
menstruacion, que vamos á estudiarlas con algunos

ı amenorrea es siempre mas ó menos completa en
ıenos de las jóvenes y adultas en que la alteracion
ce aun mas que una reciente duracion; pero el flujo
ablece casi siempre en estas que recobran la razon.
stablecerse con frecuencia en las que tienen la des-
locas toda su vida (5). Que la amenorrea persista

onnière, *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1836, p. 136.
aité complet de l'hystérie. Paris, 1846.
. cit., p. 97.
loc. cit., p. 248.
dies intercurrentes des aliénés (Dictionnaire encyclopédiques
, t. III, p. 165. Paris, 1865).

ó que la menstruacion se restablezca, la funcion catamenial parece ejercer una grande influencia sobre la enagenacion mental. «Regla general, las épocas menstruales producen casi siempre mas ó menos sobrexcitacion en las maniacas, hasta tal punto que cuando se obva sin marcha apreciable una sobrexcitacion en su estado ordinario puede producirse la próxima aparicion de las reglas (1).» — «La época de la aparicion de los ménstruos, dice Esquirol (2), es siempre un tiempo borrascoso para las mujeres vesánicas, aun para aquellas cuyos ménstruos no están desordenados.»

Esta funesta influencia de la menstruacion sobre la enagenacion mental es hoy generalmente admitida, y en algunos casos raros se ha observado *locura* simplemente *periódica* durante la menstruacion con su intervalo completamente lúcido de algunas semanas (3).

Independientemente de los hechos únicamente relativos á la influencia de la menstruacion sobre la enagenacion mental ya desarrollada, hay que estudiar el valor patogénico de los desórdenes menstruales en la etiología de las vesánicas. «Los casos mas sencillos y tambien en los mas raros son aquellos en que personas que hasta entonces habian gozado de buena salud experimentan despues de una suspension mas ó menos brusca de las reglas, una violenta hiperemia cerebral aguda, y todo el aparato siptomático de enagenacion mental; con frecuencia la manía va acompañada de una intensa congestion cerebral.

»Con mucha mas frecuencia precede á la locura una supuracion de las reglas, pero no presenta con ella una relacion tan directa; la enagenacion puede considerarse como una depresion persistente de los intermitentes, como un fenómeno parcial de un estado anémico, ó de otra enfermedad crónica, ó en general de una lesion de la constitucion, circunstancias que son por sí mismas causas de locura, mas importantes que la amenorrea.

» Por otra parte, un flujo muy abundante de las reglas produce la anemia ó una mala nutricion general, y que puede dar orígen á la locura como á cualquiera otra nevrose.

» Con frecuencia las irregularidades de la menstruacion solo se presentan despues del principio de la locura, como pueden aparecer en cualquiera otra enfermedad crónica, y se observa frecuentemente que la curacion de la locura no sigue al restablecimiento regular del flujo ménstruo, sino que, por el contrario, la normalidad de las reglas se produce despues de la curacion de la enfermedad cerebral.

(1) A. Raciborski, *loc. cit.*, p. 100.
(2) Esquirol, *Traité des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 36.
(3) W. Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. fran. de Doumic. Paris, 1865, p. 239.—Véase tambien L. Schlager, *De la menstruation et de ses anomalies, dans leurs rapports avec le développement et la marche de l'aliénation mentale (Archives générales de médecine*, 1860, t. II, p. 360, y *Annales médico-psychologiques*, t. VI, p. 276, Abril 1860).

»Sabido es que la mayor parte de las mujeres, durante sus reglas, presentan exageraciones de su sensibilidad, están susceptibles, tristes; su sistema nervioso fácilmente irritable; todas las causas morbosas, y especialmente las morales, obran en esta época de un modo mucho mas intenso, y en algunas mujeres que durante el intervalo de las reglas gozan de una salud perfecta, se ve sobrevenir en las épocas menstruales una perversion de los sentimientos que raya en la enagenacion, una tristeza casi morbosa, hipocondría y un humor excesivamente caprichoso. En muchas enagenadas, la enfermedad mental se exagera en esta época hasta la manía ó la ninfomanía; la enferma presenta la cabeza congestionada, y las que presentan tendencias al suicidio deben ser muy vigiladas durante esta época. Deben considerarse estos estados como el resultado de una irritacion nerviosa del cerebro, teniendo su punto de partida en los órganos genitales; cuanto mayor sea la pérdida de sangre tanto mayor es la exageracion de la locura considerada en general (1).»

«La amenorrea consecutiva al embarazo ejerce á veces influencia perturbadora en los tres ó cuatro primeros meses; pero el parto es casi siempre la crísis de esta perturbacion. Sin embargo, algunas véces solo es completa esta crísis hasta despues que aparece la menstruacion pasado el período puerperal. El pronóstico es funesto cuando no sigue la mejoría á la presentacion de esta funcion.

»La influencia etiológica de la menstruacion se manifiesta principalmente en los casos en que la supresion del flujo catamenial se verificó en el momento de desempeñarse la funcion y á consecuencia de emociones bruscas é inesperadas. Cuando esta supuracion tiene por consecuencia próxima una hiperemia, la enagenacion mental se manifiesta generalmente bajo la forma de manía complicada con extremada agitacion ó fenómenos coreiformes ó catalépticos. Cuando hay curacion la afeccion se reproduce bajo la influencia de las mismas perturbaciones menstruales. Estos son los casos en que la manía presenta generalmente el tipo periódico (2).»

Sabido es, segun la observacion de Baillarger (3), que casi todas las maníacas que enferman de delirio agudo, afeccion que les es generalmente fatal, se afectan de esta complicacion precisamente en el momento de las reglas. Por otra parte, Esquirol dice haber visto mujeres que, despues de haber permanecido maníacas todo el tiempo de la vida en que se verifica la menstruacion, se curaron espontáneamente pasada la edad crítica. En mujeres llegadas á esta edad, Baillarger (4) ha visto tambien curarse la locura evidentemente por la supresion de los ménstruos. Estos hechos, segun él, «no presentan nada que deba sorprender, cuando se sabe la influencia de la

(1) W. Griesinger, *loc. cit.*, p. 238.
(2) L. Schlager, *loc. cit.*
(3) Baillarger, *Gazette des hôpitaux*, 1855, n.° 39, artículo publicado por Judée.
(4) Baillarger, *Annotations* al libro citado por Griesinger, *loc. cit.*, p. 240.

anemia sobre la produccion de la locura. Las enfermas que se curaron eran precisamente aquellas en que la edad crítica iba acompañada de pérdidas mas ó menos abundantes.»

Sin embargo, si la época de la supresion de las reglas ejerce á veces sobre la enfermedad mental una influencia muy favorable que puede llegar hasta la curacion, con mas frecuencia aun parece agravar la enfermedad, de modo que «las formas mentales que hasta entonces habian sido simplemente irritativas y variables, se hacen fijas y degeneran en demencia parcial ó total. Los casos de locura que se desenvuelven en este período de la vida, y es la mas comun la melancolía, tienen tambien un carácter generalmente desfavorable» (1).

«Las cuestiones de terapéutica relativas á las anomalías de la menstruacion, y sobre todo á las supresiones, se fundan en las enagenadas, en las mismas bases que para las demás mujeres. Pero hay un principio del que debemos penetrarnos, ante todo, y es que siendo las alteraciones menstruales la expresion de estados patológicos generales ó locales, es bajo este punto de vista solamente en el que debemos considerar, en general, su influencia sobre el desarrollo de la locura» (2).

E. **Alteraciones vagas de la inervacion.**—Estas alteraciones variadas, cuya mayor parte hemos indicado al tratar de la amenorrea y de la dismenorrea (3), dependientes ó de un trastorno sobrevenido en la circulacion general (algunos casos van acompañados de *alteraciones de calor y sudor*), ó bien una modificacion de la inervacion general, en la que parece que el sistema nervioso ganglionar toma una parte algo notable.

En la época de la menospausia, ó en el tiempo que la sigue, estas alteraciones vagas, que se escapan á toda descripcion precisa, constituyen á veces una especie de enlace al que Sandras ha caracterizado con el nombre de *estado nervioso* (*nevropatía proteiforme* de Cerize). La parte moral se encuentra mas ó menos afectada, con una sensible tendencia á la hipocondría y melancolía. La inervacion del centro circulatorio se suele alterar, y muchas mujeres, aun las mas fuertes en apariencia, experimentan entonces lipotimias frecuentes acompañadas á veces de una sensacion falsa de aturdimiento, que es menester evitar de confundir con fénomenos mas ó menos análogos producidos por la hiperemia (4).

Algunas enfermas se quejan á cada instante de palpitaciones, de latidos en el epigástrio; otras refieren llamaradas de calor, sofoca-

(1) W. Griesingier, *loc. cit.*, p. 240.

(2) L. Schlager, *loc. cit.*—Véase tambien Brierre de Boismont, *Annales médico-psych.*, 1851 t. III, p. 574.

(3) Véanse los artículos consagrados á estas dos alteraciones al principio de este tomo.

(4) Véase anteriormente lo que hemos dicho de las *alteraciones cefálicas procedentes de la congestion*.

ciones y una especie de extrangulacion parecida al mismo fenómeno histérico, en fin, otras acusan mas ó menos debilidad en los miembros y sobre todo en los pelvianos. Otras veces experimentan en diversas regiones dolor ó sensaciones desagradables, unas veces fijos y otros móviles; con frecuencia tambien se hacen ilusion las enfermas de tener diversos tumores, se creen enfermas del hígado, del bazo, de la matriz, y la ilusion en ciertos casos, por poco, de una circunstancia casual dirija especialmente sus temores al aparato genital, hace abrigar á las enfermas la conviccion de estar embarazadas mas ó menos tiempo despues de haber cesado de estar regladas (1).

El pulso conserva casi siempre su frecuencia normal, y con frecuencia, sobre todo en el momento de la crísis, presenta los caractéres asignados por los antiguos al *pulso nervioso*. «La arteria parece entonces que se encoje, la columna sanguínea parece que se escapa bajo el dedo, y el pulso aparece duro y concentrado.» (Raciborski.)

En algunos casos se ha observado un conjunto de accidentes nerviosos descritos con los nombres de *sphagiasmus* por Tyler Smith (2). Segun este autor, las enfermas experimentan entonces calor y escalofrios, que aparecen en forma de paroxismos,» participando de la fiebre intermitente y de la epilepsia, se termina á veces por verdaderos ataques epilépticos ó de manía, ó aun por ataques apopléticos. Estos desórdenes parece que dependen de alteracion de las venas del cuello y de la distension de los vasos del cerebro. En las mujeres en que estos síntomas no son tan graves, se revela á veces, durante la noche, por un malestar inexplicable, hasta creerse agobiadas por una congestion cerebral. Cuanto mas delicada sea la salud, tanto mas frecuentes y violentos serán los paroxismos.» Segun Corfe, las crísis nerviosas son mas frecuentes por la mañana antes de levantarse, aumentándose con la sensacion de hambre. A veces la emision espontánea de orina hace cesar los accidentes. Las mujeres que, segun Corfe, están mas expuestas á estas crísis, son las que tienen herencia diatésica gotosa, las que tienen una nutricion muy sustanciosa y la vida intelectual muy activa (3).

Para completar la exposicion del conjuntivo de alteraciones que sobrevienen en el sistema nervioso, bajo la influencia de la menstruacion, citaremos tambien el caso curioso referido por Villartay (4); se trata de una jóven que presentó amenorrea durante un año. *Cada mes y en la época en que antes aparecian las reglas, dormia tres ó cuatro dias seguidos;* no tenia ningun dolor de cabeza, el sueño era en apariencia muy normal, y tan pronto como se restableció la menstruacion cesó este fenómeno» (5).

(1) A. Raciborski, *loc. cit.*, p. 136.
(2) Tyler Smith, *On Parturition and Obstetrics*, p. 394.
(3) Corfe, *Medical Times*, 4 Abril, 1849.
(4) Villartay, *Journal de médecine et de chirurgie*, 1850, p. 375.
(5) Cita tomada á Fl. Churchill, *loc. cit.* p. 214.

4.° *Aparato respiratorio.*—Faltan investigaciones que nos indiquen la influencia que pueda ejercer la mencion sobre este aparato. Solo encontramos menstruacion de dos casos de afecciones orgánicas del corazon, en los que las enfermas que experimentaban bastante dificultad para respirar, declararon sufrir de esta parte en las épocas menstruales (1).

Indicaremos aun, como refiriéndose á las alteraciones del aparato circulatorio, ciertas hémorragias uterinas que se producen aun despues de la menospausia, y consisten por lo comun en pequeñas pérdidas, imitando á las reglas por su duracion y su abundancia; «así el vulgo confunde estas *hemorragias póstumas* con la verdadera menstruacion, confusion que no puede tolerarse á un médico.» (Raciborski.) En semejante caso, es probable que la economía, habiendo adquirido el hábito de la hemorragia por los órganos sexuales, se encuentra dispuesta á una pérdida de sangre por esta via, aun fuera de la excitacion ovárica, á consecuencia de causas comunes á todas las hemorragias en general, y aun á veces bajo la sola influencia del hábito (2).

5.° *Aparato respiratorio.*—Resulta del análisis de los casos reunidos por Raciborski, que «la evacuacion menstrual sobreviniendo en el curso de las *flegmasías agudas de los órganos respiratorios*, no tienen ninguna influencia en el curso de estas enfermedades, por lo tanto la esperanza de conseguir una mejoría no debe nunca en estas enfermedades inclinarnos á provocar las reglas, ni favorecer su vuelta cuando se han suprimido (3).

«Además, las supresiones de las reglas, producidas por emisiones sanguíneas practicadas para combatir las flegmasías agudas de los órganos respiratorios, no han sido nunca seguidas de funestos resultados, y por consecuencia la presencia de las reglas no debe servir nunca de contra-indicacion para las emisiones sanguíneas cuando se crean necesarias» (4).

Entre las *afecciones crónicas de los órganos respiratorios*, la *tisis* pulmonar ocupa un lugar importante, y las alteraciones de la menstruacion, observadas en las tísicas, han fijado por lo general la atencion; veremos mas adelante que la influencia preponderante parece pertenecer á la tuberculizacion sobre la funcion catamenial. Es verdad que á veces la amenorrea aparece antes de la tos, y hay tendencia de

(1) A. Raciborski, *loc. cit.*, p. 91.
(2) Idem, *id.* p. 22.
(3) Algunos autores, y en particular Forestus (lib. I, obs. XX, y lib. XVI, observacion XXXV) y Andral, *Clinique médicale*, 3.ª ed., t. IV, p. 417), han citado ejemplos de fluxiones de pecho terminadas felizmente, inmediatamente despues de hemorragias uterinas. Pero como hace observar Andral mismo, *es menester cuidar de no confundir estas especies de metrorragias* verdaderamente *críticas, con el flujo simple menstrual*, que se considera con frecuencia como conjurando diferentes enfermedades.
(4) Raciborski, *loc. cit.*, p. 61 y 62.

atribuir una parte de influencia á la alteracion menstrual; parece, sin embargo, mas verosímil considerar la amenorrea como resultado de la afeccion tuberculosa. Sin embargo, no es completamente imposible que la repentina supresion de las reglas determinando la congestion pulmonar, favorece el desarrollo de la tísis.

En cuanto á la influencia saludable que la persistencia de la hemorragia menstrual ejerce sobre el curso de la tísis, hay division en las opiniones. En efecto, mientras que, segun Brierre de Boismont, dos veces fenómenos absolutamente análogos á los que indican la presencia de los tubérculos y que alcanzaron su curacion al restablecerse la menstruacion (1), creemos que Raciborski ha observado que muchas mujeres en las que continuaron sus reglas, y sin embargo, los fenómenos locales se hicieron mas profundos que en las que permanecieron amenorréicas, y «dos enfermas aseguraron experimentar aumento en la tos y en la opresion durante el período de las reglas.»

6.° *Aparato cutáneo.*—Entre las afecciones cutáneas, unas aparecen independientes de cualquiera alteracion concomitante; otras, debidas á una causa desconocida, van acompañadas de un aparato febril que las hace describir aparte, y constituye las *fiebres eruptivas.* No es raro ver en estas últimas sobrevenir una hemorragia uterina durante la fiebre de invasion, ó en los primeros dias de la erupcion, y se ha creido ver algunas relaciones entre estos fenómenos simultáneos; ó bien la fiebre eruptiva favorece la produccion de la menstruacion, y la hace aparecer adelantándola á veces algunos dias; ó bien la aproximacion de las épocas, en una condicion favorable al desarrollo de las fiebres eruptivas, abrevia la duracion de la incavacion y hace mas pronta la invasion de estas afecciones. La primera de ambas hipótesis tiene mas partidarios; sin embargo, Raciborski, aunque la considera como la mas probable, atribuye á la naturaleza misma de la fiebre eruptiva (2) la particularidad que la caracteriza; mientras que Hérard la refiere al movimiento febril (3). No es este lugar de renovar la exposicion de las discusiones indicadas en otro lugar (4) sobre el valor de los flujos hemorrágicos en la invasion de las fiebres y de las eruptivas en particular; sin embargo, debemos recordar la opinion de Gubler, que solo ve en estas hemorragias *epistaxis simulando reglas* (5), interpretacion que anula á lo menos en la generalidad de los casos las dos hipótesis precedentes. En fin, añadiremos que, si en ciertos casos de *viruelas hemorrágicas*, presentan

(1) Brierre de Boismont, *loc. cit.*, p. 217.
(2) Las observaciones de Raciborski se hicieron sobre la viruela.
(3) Hérard, *De l'influence des maladies aiguës fébriles sur les règles, et réciproquement* (*Actes de la Société de médecine des hôpitaux* 2.ª entrega., Paris 1852).
(4) Véase anteriormente artículo HEMORRAGIA.
(5) Ad. Gubler, *Des épistaxis utérines, simulant les règles, au début des pyrexies et des phlegmasies* (*Mémoires de la Société de biologie*, 3.ª série, t. IV, año 1862, página 143).

las mujeres hemorrágicas, «es menester evitar el confundir estas pérdidas con las reglas, y no hacer responsable a la menstruacion de la terminacion casi siempre funesta de esta especie de viruela» (1).

En algunos casos, la erisipela de la cara aparece periodicamente ligada a las épocas verdaderas de la menstruacion; y en los casos observados por [illegible] (2), y en otro publicado por Raciborski (3), fue siempre benigna la erisipela.

En fin, segun Raciborski [illegible], algunas enfermas afectadas de liquen o de prurigo experimentan un aumento del prurito en la aproximacion de las épocas menstruales. [illegible] lo mismo con las que parecen sanas.

[illegible]

del parto (1); sin embargo, en la mayoría la gordura continúa despues de la presentacion de las reglas.

VI. Despues de haber insistido sobre las modificaciones que pueden observarse en los diversos aparatos de la economía, ya sea solo coincidencia con los desórdenes de la menstruacion, sea bajo la influencia de estos últimos, hemos investigado la influencia que pueden tener en la produccion de las alteraciones de la menstruacion, los principales sistemas del organismo y las afecciones de que son asiento. Esta cuestion de etiología se ha tratado suficientemente al estudiar las causas que pueden producir la amenorrea (2) y la dismenorrea (3); y se expuso entonces suficiente la accion que pueden ejercer sobre la funcion catamenial cada una de las enfermedades ya descritas. No volveremos á exponerlo para evitar inútiles repeticiones.

VII. *Influencia de la menospausia sobre la duracion* media *de la existencia.*—Sabido es que fundándose sobre el hecho de que «la mortalidad es mayor en las mujeres entre cuarenta y cinco y cincuenta años, que en una época anterior,» muchos autores han querido sostener que la cesacion de las funciones uterinas tenia una funesta influencia sobre la existencia; sin embargo, aunque esta opinion no se acepta generalmente, se han hecho tentativas para probar que la mortalidad en las mujeres es mas frecuente entre treinta y cuarenta años que entre cuarenta y sesenta (4). Con el mismo objeto, aunque siguiendo otra via, han comparado algunos autores la mortalidad en la misma edad, entre los dos sexos, y se ha llegado á una conclusion muy diferente de la opinion general. Benoiston de Chateauneuf (5) ha probado tambien que *entre treinta y setenta años, la mortalidad no es mas considerable en las mujeres que en los hombres.* Resultados semejantes han obtenido Bellefroid (6), Muret (7), C. Lachaise (8). En las mujeres asistidas por F. Churchill en la época de la menospausia, no ha encontrado nunca peligro sino cuando habia complicaciones (9).

En fin, si la mortalidad es menor que lo que se supone en la épo-

(1) Raige-Delorme, *Dictionnaire de médecine en* 30 vol., t. XXV, p. 567, artículo POLYSARCIE. Paris, 1842.

(2) Véase página 68.

(3) Véase página 89.

(4) Constant Saucerote, *Nouveaux conseils aux femmes sur l'âge prétendu critique*, 2.ª edicion. Paris, 1829.

(5) Benoiston de Châteauneuf, *Mémoire sur la mortalité des femmes de l'âge de quarante à cincuante ans*, lu l'Académie des sciences en 1818. Paris, 1822.—Véase tambien *De la durée de la vie humaine dans les principaux États de l'Europe* (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1846, t. XXXVI, p. 254).

(6) Bellefroid, *Bulletins de médecine belge*, Setiembre y Noviembre, 1839.—Véase tambien Davi's, *Obstetric Medicine*, t. I, p. 289.

(7) Muret, *Mémoire sur l'état de la population dans le pays de Vaud.* Yverdon, 1766.

(8) C. Lachaise, *Topographie médicale de Paris.* Paris, 1822, p. 214.

(9) F. Churchill, *loc. cit.*, p. 246.

ca de la menospausia, y si por consiguiente este período de la vida no debe inspirar los desmesurados tumores que se habian concebido, no pueden tampoco desconocerse los cambios que entonces se verifican en el organismo, y que si bien no pueden considerarse como fisiológicos, tampoco están completamente dentro del terreno patológico.

LIBRO ONCENO.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CELULAR Y DEL APARATO LOCOMOTOR.

Estudiaremos estas enfermedades en dos distintas secciones: 1.°, las afecciones del tejido celular; 2.°, las del sistema locomotor.

SECCION PRIMERA.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CELULAR.

Al dar á esta seccion el título de *enfermedades del tejido celular*, no damos á entender que las enfermedades que la componen tengan por carácter anatómico una lesion primitiva de este tejido. Queremos solamente decir que su síntoma principal se manifiesta por infiltracion serosa del tejido celular, sin determinacion posible de otra lesion capaz de explicar el fenómeno. De este modo solo hablaremos del *esclerema de los recien nacidos* y del *anasarca idiopático*, con exclusion de todas las demás infiltraciones, sintomáticas de una alteracion circulatoria ó de una modificacion del líquido sanguíneo.

ARTÍCULO PRIMERO.

EDEMA DE LOS RECIEN NACIDOS.

El edema de los recien nacidos no ha fijado la atencion de los observadores hasta una época muy cercana á la nuestra. Se ha querido referir á esta afeccion un hecho del que habla Uzembezius (1); pero examinando la observacion, se ve que se trata solo del *endurecimiento del tejido celular*, del cual diré dos palabras cuando me ocupe del

(1) Uzembezius, *Ephemérides des curieux de la naturé*, 1718.

diagnóstico; á lo menos esto es lo mas probable; porque la observacion es muy incompleta. Posteriormente Underwood (1) tuvo igualmente presente el endurecimiento adiposo. Mas para encontrar algunas noticias mas exactas sobre la afeccion de que tratamos es necesario llegar á las investigaciones de Andry (2) y de Auvity (3). Mas adelante, Tronccon (4), A. Dugès (5), Denis (6), Léger (7), Palleta (8), y especialmente Billard (9), nos han suministrado interesantes nociones sobre esta afeccion de la primera edad de la vida. En 1835 publiqué yo (10) mis primeras observaciones sobre esta enfermedad, y las he completado en mi obra sobre las enfermedades de los niños recien nacidos (11).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

El *edema de los recien nacidos* es una afeccion que consiste en un edema extenso, acompañado ó no en cierta época del endurecimiento del tejido adiposo y en la cual se nota la estancacion de la sangre venosa y un entorpecimiento mas ó menos considerable de todas las funciones.

Se ha dado á esta enfermedad los nombres de *endurecimiento*, de *induracion del tejido celular*, de *edema compacto*, de *edema frio*, de *escirro carnoso*, de *esclerema* y de *escleremia*. Antes de ahora le habia designado con el nombre de *asfixia lenta de los recien nacidos*; pero luego le he conservado el de edema de los recien nacidos, que está generalmente admitido.

Esta enfermedad es bastante *frecuente* en los hospicios, donde se reciben los recien nacidos, y por el contrario, muy poco comun en la práctica civil. Ya veremos mas adelante á qué causa se debe atribuir esta diferencia.

(1) Underwood, *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1855, t. II, p. 624.
(2) Andry, *Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire (Mem. de la Societé royale de méd.*, 1785, p. 207).
(3) Auvity, *ibid.*, 1788, p. 122.
(4) Tronccon, *Essai sur les maladies des enfants nouveau-nés*, tésis. Paris, 1814.
(5) A. Dugès, *Dissertation sur quelques maladies peu connues des enfants nouveau-nés*, tésis. Paris, 1821.
(6) Denis, *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologique sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés*. Commercy, 1826.
(7) Léger, *De l'endurcissment du tissu cellulaire*; tésis. Paris, 1823.
(8) Palleta, *Exercit. pathologicæ*; Mediolani, 1820, p. 123.
(9) Billard, *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1837, en 8.°
(10) Valleix. *De l'asphyxie lente chez les enfants nouveau-nés*, tésis. Paris, 1835.
(11) [illegible] *des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, en 8.°,

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Entre las causas predisponentes encontramos en primer lugar la *debilidad* del niño. Casi todos los abortos que he tenido ocasion de observar en el Hospicio de niños expósitos, presentaban un edema muchas veces muy extenso. Sin embargo, no se puede admitir que sea indispensable la accion de esta causa puesto que á veces se presenta esta afeccion en niños perfectamente desarrollados.

Edad.—Esta afeccion solo se manifiesta en los niños recien nacidos. Sin embargo, existen observaciones de edema en niños de edad mas avanzada. Entre otros que pudiéramos citar recordaremos el de Lambert (1), recogido en un niño de trece meses.

Sexo.—Siempre que se ha atendido al sexo de los niños enfermos, se ha visto que era mucho mayor el número de los varones que el de las niñas. Esta circunstancia induce á creer que la *dificultad del parto*, que, como es sabido es mayor para los niños que para las niñas, y sin duda el *estado de congestion* mas considerable en que se encuentran los primeros, no dejan de tener alguna influencia en la produccion de la enfermedad.

Las *estaciones* tienen una manifiesta influencia en el desarrollo de la enfermedad. En efecto, reuniendo los casos que he observado á los referidos por Billard, se halla que de quinientos quince, trescientos treinta y nueve se habian presentado en los seis meses mas frios del año. Dentro de poco veremos cómo obra el frio, que es la principal causa determinante.

2.° *Causas ocasionales.*—La única causa ocasional bien conocida es la accion del *frio*. Ya he manifestado en otro lugar que entre los niños que pasan del Hospicio de la maternidad al de Niños expósitos, hay muy pocos que presenten el edema de los recien nacidos, y los que se hallan en este caso son casi todos abortivos. Ahora bien; es sabido que los niños que van de la Maternidad son trasportados con todas las precauciones y cuidado convenientes; por el contrario, los que vienen de la poblacion están con frecuencia mal vestidos, y á veces tienen que llevarlos de grandes distancias sin estar suficientemente resguardados del frio.

Los niños edematosos pertenecen casi todos á la clase pobre, y se pudiera suponer que la falta de *cuidados higiénicos*, distintos de la preservacion del frio, tienen cierta influencia en la produccion de la enfermedad, una estadística referida por Bouchut (2) tiende á estable-

(1) *Société médicale des hôpitaux*, observacion citada en la *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 840.

(2) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 4.ª edicion, 1862, página 786.

cer este hecho. Así, en 1826, de 177 niños duros *(escleremicos)* observados en la enfermería de niños expósitos, el reparto de cada mes fué el siguiente:

Enero	15	Julio	4
Febrero	15	Agosto	14
Marzo	16	Setiembre	10
Abril	18	Octubre	16
Mayo	22	Noviembre	29
Junio	3	Diciembre	15
		Suma total	177

Este cuadro demostrando la influencia preponderante del frio no permite, sin embargo, considerarle como exclusiva del edema de los recien nacidos.

§ III.—Síntomas.

El *síntoma* capital y característico de la enfermedad es el edema. Algunos autores han pretendido que la afeccion de que se trata puede existir sin haber edema, y de este número son Bouchut y Thirial (1). Pero ya hemos demostrado en otra parte (2) que la opinion de estos autores es la consecuencia de la confusion que existia en la ciencia antes de las últimas investigaciones.

La infiltracion se manifiesta en los primeros dias que siguen al nacimiento. Jamás la hemos visto presentarse despues del tercer dia. Los casos citados por Naudan (3), y en los que, segun él se habria manifestado el edema en niñas de cuatro meses y mas de edad, pertenecen á otra afeccion. Lo mismo sucede con el caso de esclerema observado por Thirial en un adulto.

El edema invade primero las extremidades inferiores. Hulme (4) ha pretendido que la infiltracion no tenia un punto de partida fijo; pero este autor no ha tenido á la vista una afeccion bien determinada.

Los piés presentan primero una prominencia en su cara dorsal, despues la cara plantar se hace á su vez prominente, y algunas veces hasta el punto de tomar la forma de un *lomo de asno*. Las piernas presentan una dureza ligeramente pastosa; las manos y los antebrazos son bien pronto del mismo modo invadidos; despues se hincha la cara al mismo tiempo que los muslos y los brazos; luego el edema se extiende al escroto ó á los labios mayor, al empeine y al hipogástrio;

(1) Thirial, *Du scléréme chez les adultes*, etc. (*Journal de méd.*, 1845).
(2) Valleix, *Arch. gén. de méd.*
(3) Naudan, *Mém. de la Soc. royale de méd.*, 1788.
(4) Hulme, *De indur. telæ cellul. in rec.-nator, corp.*, etc. (*Mém. de la Soc. royale de méd.*, 1788).

y en fin, el tronco es el último atacado, y las mas veces no llega á ser invadido por el edema.

El niño está entonces abotagado, y los párpados se hinchan hasta el punto de hacerse algunas veces semi-trasparentes.

En este edema, así como en todas las infiltraciones del tejido celular subcutáneo, las partes afectadas *conservan la impresion del dedo;* solo que como la infiltracion se verifica ordinariamente con mucha rapidez, es necesario comprimir mucho para que se produzca esta depresion y desaparezca prontamente. Esto es lo que ha engañado á algunos autores que han sacado falsas consecuencias de su incompleta experimentacion. Han creido que la piel no conservaba el menor vestigio de la presion y han deducido que el tejido no estaba edematoso, sino endurecido, ó bien que el líquido infiltrado estaba congelado, espesado, etc. Lo que prueba que nada de esto sucede, es que con una presion fuerte y persistente, se produce una impresion muy marcada y que tarda mucho en disiparse.

Se ha dicho tambien que la piel no puede doblarse, y que parece adherida al tejido subyacente; el hecho es inexacto. En los primeros momentos, cuando el edema es poco considerable, se pueden hacer fácilmente pliegues en la piel, y mas adelante, aunque con mas dificultad, se puede tambien hacerla resbalar sobre las partes que cubre. Todos estos errores proceden de que no se ha distinguido el edema del endurecimiento adiposo, confusion en la cual parece que algunos médicos quisieran hacernos caer de nuevo.

Algunas veces se encuentra uno de los lados del cuerpo mucho mas infiltrado que el otro. Esto es una simple consecuencia de la accion de la gravedad, como he podido fácilmente convencerme de ello. Efectivamente, dejando al niño echado de un lado durante veinticuatro horas se ve que este lado se infiltra mucho mas, y viceversa.

Cuando se puede ver la enfermedad desde su principio, lo cual es muy raro, sorprende desde luego el *color de los tegumentos*. La piel tiene un color violado mas ó menos oscuro, notable sobre todo en las extremidades y en la cara. En esta última, una tinta azul se mezcla con el color violáceo y los labios en particular toman este color azulado. Sin embargo, en algunos casos las mejillas presentan un color rojo bastante vivo. El cuerpo tiene en todas sus partes un rojo oscuro, ó bien está cubierto de grandes manchas amoratadas, separadas por espacios mas claros y algunas veces blanquizcos.

En una época mas avanzada de la enfermedad este color cambia ordinariamente de una manera muy notable. La cara se pone amarilla, sin exceptuar las escleróticas en algunos casos, y participando el cuerpo de esta coloracion, el niño se vuelve de un *amarillo sucio* en todas sus partes.

Otro fenómeno que llama la atencion es que la *temperatura de todo el cuerpo* es manifiestamente mas baja, y mas en las extremida-

des que en cualquiera otra parte. Se halla disminuida la calorificacion hasta en el interior de la boca, y que el grado de temperatura (siendo la media normal 37°,08) puede bajar hasta 33 y aun 26 grados. Este enfriamiento va aumentando á medida que la enfermedad hace progresos (Henri Roger) (1).

Las diversas funciones se hallan mas ó menos entorpecidas, segun que la enfermedad es mas ó menos intensa, y que ha llegado á un período mas ó menos avanzado.

La *circulacion* es siempre débil y dificultosa. Es muy difícil contar el *pulso*, tanto á causa de la debilidad de las pulsaciones como por el edema que impide percibir distintamente la arteria. El número de pulsaciones, cuando se han podido contar convenientemente, apenas han pasado de setenta y dos, y es muchas veces de sesenta. He encontrado los *latidos del corazon* bastante distintos en la mayor parte de los casos, y los ruidos medianamente sonoros. Algunas veces los he hallado oscuros y lentos.

Respiracion.—La respiracion está siempre mas ó menos embarazada; pero la dificultad que presenta es diversa, segun los casos. Generalmente el número de inspiraciones es menor que en el estado normal; por el contrario, algunas veces es mayor, y entonces casi siempre hay complicacion de pulmonía ó de congestion pulmonar. Estos resultados que yo habia obtenido por la análisis de mis observaciones, han sido confirmados por las investigaciones de Roger. Las inspiraciones son difíciles, cortas, y en su intervalo el pecho cae en una inmovilidad casi completa. Algunas veces la respiracion es tan débil, que apenas se la distingue, y en algunos casos se nota una verdadera anhelacion, pero es en los casos complicados.

Importa mucho estudiar la *voz* ó mas bien el *grito* de los niños, pues sus caractéres han llamado la atencion de todos los observadores. Cuando la afeccion ha hecho grandes progresos, es agudo, entrecortado, sumamente débil y muchas veces como ahogado y apagado. En los casos leves el grito es casi normal, y aun en aquellos en que parece mas alterado, si se excita fuertemente el niño, acaba por hacerse fuerte y grave.

El color morado que hemos notado en la cara se advierte hasta en el interior de la *boca*, la lengua está húmeda y participa del enfriamiento general. El niño no manifiesta ningun deseo de beber y comer, y no hace mas que ligeros movimientos de succion cuando se le introduce el dedo en la boca. Por lo demás el *vientre* no ofrece ningun síntoma notable.

A estos síntomas es necesario añadir el embotamiento de todas las *sensaciones*, el cual es tal que si se abandonase á los niños enfermos sucumbirian sin quejarse cuando la enfermedad ha empezado con

(1) Henri Roger, *De la température chez les enfants* (*Arch. gén. de méd.*, 4.ª serie, t. VI, VII, VIII y IX).

cierta gravedad. En algunos parece ser la sensibilidad muy obtusa, y ordinariamente lo es bastante para que durante la exploracion no presenten una agitacion notable.

Los *movimientos* son lentos, difíciles de provocar por las excitaciones de todas especies; pero no he observado tétanos ni trismo, y sin duda por error han indicado algunos autores estas convulsiones como pertenecientes al edema de los recien nacidos.

Un fenómeno notable es la *oclusion permanente de los párpados*, en todos los casos de cierta gravedad; pero no depende de la infiltracion, porque se la observa cuando los párpados están perfectamente libres de ella como cuando están edematosos. En los casos leves, si se exponen los niños enfermos á una luz viva, abren los ojos, pero los vuelven á cerrar muy pronto.

En los *últimos dias*, cuando la afeccion debe terminar por la muerte, el edema invade todo el cuerpo, excepto el pecho; la frialdad del cuerpo se hace mas intensa, principalmente en las extremidades; una espuma sanguinolenta sale de la boca en muchos casos, y algunas veces se ve tambien fluir por la nariz y aun de entre los párpados una serosidad sanguinolenta, y bien pronto el enfermo muere sin presentar una penosa agonía. En ciertas ocasiones vienen á agregar sus síntomas y á acelerar la muerte, las complicaciones y sobre todo la inflamacion de los pulmones.

Cuando la enfermedad tiende á curarse, la respiracion se hace primero mas fácil, despues cobra mas fuerza la circulacion, el niño se despierta, abre los ojos, ó hace esfuerzos para abrirlos si se opone á ello el edema de los párpados, despues bebe y mama con mas avidez, adquiere mas fuerza su voz, el edema disminuye en los párpados, en los antebrazos, luego en el hipogástrio y en los muslos, y despues de padecer por espacio de mucho tiempo (quince á veinte dias en algunos casos) el niño acaba por sucumbir con ó sin complicaciones.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es contínuo y ordinariamente rápido; con todo, en algunos casos, como acabo de decir, se ve que se alivian momentáneamente los síntomas, y despues sigue la afeccion su curso progresivo aunque con mas lentitud. En realidad no existen los tres períodos admitidos por Denis y los dos de Blanche.

La *duracion* de esta afeccion es por lo comun muy corta; en efecto, se ve sucumbir á los niños al cabo de tres, cuatro ó cinco dias, y aun antes si tienen una debilidad congénita muy grande. Por el contrario, algunas veces esta duracion es de mas de veinte dias.

Esta afeccion se *termina* casi siempre por la muerte, lo que era fácil de preveer reflexionando que en los niños en quienes se presenta son por lo comun muy débiles, y algunos verdaderos abortos. En

el artículo en que nos ocupemos del *tratamiento*, daremos á conocer los casos que se terminan por la curacion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En todos los casos, sin excepcion, se encuentra una infiltracion serosa mas ó menos abundante. La serosidad que fluye de las incisiones hechas en el tejido celular subcutáneo es muy abundante, ligeramente viscosa y de color amarillo mas ó menos vivo. El tejido adiposo se presenta bajo la forma de granos separados por laminillas de tejido celular infiltrado, y estos granos están muy separados unos de otros cuando la infiltracion llega á su mas alto grado. El tejido laminoso supra-aponeurótico está muy distendido por la serosidad; el tejido celular intermuscular no presenta, por el contrario, ningun vestigio de infiltracion. Cuando no ha sucedido así, es porque se ha confundido con el edema de que nos ocupamos una infiltracion de otra naturaleza. El dermis está flexible en los puntos edematosos y sus vasos contienen mucha sangre negra.

En cierto número de casos, los niños edematosos presentan en algunos puntos un endurecimiento del tejido adiposo que contrasta con el edema que acabo de describir. En estos puntos la piel está blanca y no contiene sangre. Parece como pegada á las partes subyacentes, que son muy densas, sin humedad, y se ven en ellas los órganos del tejido adiposo apretados unos con otros y separados solamente por líneas celulosas muy finas en la parte inferior del panículo adiposo. Es casi constantemente en los puntos que no son habitualmente invadidos por el edema de donde se encuentra este estado particular del tejido adiposo.

En las vias respiratorias se encuentra una considerable acumulacion de sangre, algunas veces la congestion de los pulmones y señales de pulmonía. En algunos casos se hallan porciones del pulmon que no han respirado.

Hervieux (1) ha hecho ver la coincidencia del edema de los recien nacidos con la apoplegía pulmonar. El esclerema existia cinco veces de seis, segun sus propias observaciones. Los focos apopléticos ocupaban toda la superficie del pulmon mas bien que las partes profundas. La infiltracion sanguínea con integridad del tejido pulmonar es lo mas frecuente.

En algunos sugetos hay derrame de serosidad en corta cantidad en las pleuras, pero ninguna lesion inflamatoria.

El corazon y todos los grandes vasos, principalmente las venas, están llenas de sangre negra casi siempre líquida.

Los órganos digestivos no presentan otra cosa de notable que una

(1) Hervieux, *Société médicale del hôpitaux*, sesion de 8 de Julio, 1863, en la *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 489.

inyeccion considerable; en la mitad de los casos hay una pequeña cantidad de líquido en el peritoneo.

El cerebro y sus membranas no ofrecen otra cosa de particular que su inyeccion sanguínea y su infiltracion serosa.

Los riñones no han ofrecido nada de notable. Posteriormente á mis observaciones, el doctor Charcellay ha indicado una lesion de los riñones en los recien nacidos afectados de edema. Esta lesion consiste principalmente en un depósito amarillo que ocupa los conos de la sustancia tubulosa, y que forman en ellos una especie de pincelitos muy finos. Este depósito no es otra cosa que el ácido úrico que se ha depositado en los tubos; lo hemos observado en los mas diversos casos y no hemos creido deber hacer mencion de él porque no constituye realmente una alteracion anatómica suficiente.

En vista de las alteraciones que se han encontrado ó se han supuesto, los autores han establecido la *naturaleza de la enfermedad.* Uzembezius creia que dependia de la estancacion de la sangre y de su espesamiento. La estancacion de la sangre existe realmente, pero no está espesada; por lo que no es exacta esta explicacion.

Underwood, y posteriormente Denmann, han atribuido la enfermedad á un espasmo de la piel causado por una afeccion intestinal. Ahora bien, esta afeccion no existe, y por otra parte estos autores solo han tenido á la vista el endurecimiento adiposo.

Troccon ha considerado al edema, sin distinguirle del endurecimiento adiposo, como el resultado de una pulmonía producida por el frio. Para desechar esta explicacion basta hacer observar que la pulmonía es solo una complicacion que ni siquiera es frecuente.

Segun Andry y Auvity, la afeccion seria el resultado de la coagulacion de los jugos seroso y adiposo. Esta explicacion prueba que estos dos autores confundian sin fundamento en una misma descripcion el edema y el endurecimiento adiposo.

La coagulacion de los líquidos serosos no es admisible, pues, como acabamos de ver, la serosidad fluye por las incisiones del tejido celular como en un edema comun.

Palletta veia la causa del mal en la flacidez de los pulmones, de donde resultaba la estancacion de la sangre y la ingurgitacion del hígado. Pero es sabido que no existe ordinariamente esta flacidez de los pulmones, y que si se halla engurgitado el hígado no lo está mas que los demás órganos.

Leger, que creia en la coagulacion de la serosidad y que daba á la afeccion el nombre de edema compacto, creia que la sangre se hacia mas serosa; pero nada prueba la exactitud de esta asercion.

Por último, todo demuestra que Denis se ha equivocado atribuyendo el edema á una irritacion del tejido celular.

En todos los casos sin excepcion, hemos dicho, habia una notable dificultad en la respiracion que hemos descrito ya, y era muy marcada aun cuando la enfermedad fuese muy leve. No era menor la de-

bilidad de la circulacion, y excepto un caso en que hubo una neumonía extensa y muy agudísima, el pulso que era imperceptible ó que apenas se sentia, era sumamente lento como era fácil cerciorarse de ello auscultando la region precordial. Si ahora añadimos á estas lesiones de funciones la congestion sanguínea general, indicada durante la vida por el color lívido de todo el cuerpo, y despues de la muerte por la ingurgitacion de todos los vasos, habremos reunido todas las circunstancias mas notables de la enfermedad; y todo induce á creer que se debe atribuir la produccion del edema á este trastorno de dos importantes funciones, y la estancacion sanguínea que es su consecuencia.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

En la actualidad no se puede confundir ya el edema con el *endurecimiento adiposo;* en efecto, la diferencia es tan grande durante la vida, como despues de la muerte. El endurecimiento adiposo no se declara sino en los últimos dias de la existencia, en sugetos que padecen una afeccion grave. Es un síntoma de la agonía, y aun con mucha frecuencia no es mas que una lesion cadavérica, lo que se ha probado por observaciones positivas. En el endurecimiento adiposo la piel está blanca ó solamente sembrada de manchas lívidas en un fondo blanco. En el edema está amoratada. El primero produce al tacto la sensacion de un tejido compacto, y el segundo da la sensacion de un tejido mas ó menos flexible, y se produce la impresion del dedo y se borra prontamente. En los niños edematosos, se puede hacer deslizar la piel sobre las partes subyacentes; pero no sucede lo mismo con los que presentan el endurecimiento adiposo. Por último, se encuentran estas dos lesiones en puntos muy diversos. Si se añaden estos caractéres á los que nos han suministrado la inspeccion, se ve que no es posible que haya confusion.

En ciertos casos de *erisipela* en los recien nacidos está infiltrado el tejido subyacente, y de aquí resulta la hinchazon y la dureza de las partes; pero el curso de la enfermedad no es el mismo. La erisipela ocupa un miembro aislado ó los invade sucesivamente, y muchas veces está limitada al abdómen. Hay dolor y agitacion; la piel está roja, engrosada y la fiebre es considerable. Nada hay de parecido en el edema. Por consiguiente, no han tenido razon algunos médicos alemanes para considerar á esta enfermedad como una erisipela.

Hace algunos años se han citado algunos hechos de *esclerema* en el adulto, y se ha querido asemejar esta afeccion al edema de los recien nacidos. En uno de los capítulos siguientes daremos la historia del esclerema, y no nos será difícil demostrar que esta enfermedad no tiene de comun con la de que tratamos mas que el nombre de es-

clerema, que infundadamente se ha dado al edema de los recien nacidos. Son, pues, dos afecciones esencialmente diferentes.

En los niños recien nacidos sobreviene con mucha frecuencia una inflamacion subaguda en una parte limitada, expecialmente en la cara y en el cuello. Esta lesion nada tiene de comun con el edema que acabamos de describir. Al principio está circunscrita á un punto que no es el primero afectado en el edema; además sobreviene en una época avanzada de otra enfermedad; por último, la infiltracion ocupa hasta las partes mas profundas. Por consiguiente no se debe confundir el edema con la erisipela, como lo ha hecho Doublet, ni mirar á la inflamacion subaguda y circunscrita como un edema de los recien nacidos, como ha hecho Billard.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos del edema de los recien nacidos y del endurecimiento adiposo.*

EDEMA.	ENDURECIMIENTO ADIPOSO.
Afeccion *primitiva.*	Afeccion *secundaria;* muchas veces lesion simple cadavérica.
Piel *amoratada.*	Piel *blanca ó jaspeada.*
Tejidos *flexibles;* la impresion del dedo *se borra muy pronto.*	Tejidos *duros,* la impresion del dedo es difícil de producir y *muy lenta en desvanecerse.*
Se puede hacer *deslizar la piel* sobre las partes subyacentes.	Piel como *adherente.*
En la *autopsia* sale una *serosidad abundante.*	En la *autopsia* el tejido adiposo está *compacto.*

2.° *Signos distintivos del edema de los recien nacidos y de la erisipela con infiltracion.*

EDEMA.	ERISIPELA.
Invade sucesivamente los miembros y el tronco.	Ocupa *primero* las *extremidades inferiores* ó el *abdómen.*
Entorpecimiento general; *no hay dolor.*	*Agitacion* y *dolor.*
Piel *violácea, delgada.*	Piel *roja* y *engrosada.*
No hay fiebre.	*Fiebre* notable.

3.° *Signos distintivos del edema de los recien nacidos y de la inflamacion subaguda con infiltracion serosa.*

EDEMA.	INFLAMACION SUBAGUDA.
Invade *todo el cuerpo.*	*Limitada á una parte poco extensa* y sobre todo á la cara.
La infiltracion *no ocupa mas que el tejido celular subcutáneo.*	La infiltracion *ocupa todo el espesor de los tejidos.*

Pronóstico.—El pronóstico es por lo comun muy grave. La enfer-

medad tiende siempre á hacer progresos, y las alteraciones orgánicas se aumentan sin cesar. Además los enfermos nunca toman bebidas ni alimentos, y lejos de desarrollarse y de adquirir fuerzas, languidecen y se debilitan contínuamente. De aquí se sigue que la enfermedad es tanto mas grave cuanto mas antigua es.

Los niños débiles, miserables y cuyo pecho se dilata mal, ofrecen muchos menos recursos que los que son fuertes y cuya respiracion parece mas bien dificultada por la plétora sanguínea, que impedida por la debilidad.

Cuando sobreviene el endurecimiento adiposo, el pronóstico es mas desfavorable; pero esta circunstancia es comun á todas las enfermedades, puesto que el endurecimiento adiposo es entonces un fenómeno en la agonía.

§ VII.—Tratamiento.

Andry y Auvity empiezan por los *fomentos* y las *fumigaciones emolientes*. Para aplicar los primeros se envuelve al niño en franelas empapadas en agua de malvabisco ó de malva bien caliente. Las fumigaciones se aplican á todo el cuerpo, ya conduciendo los vapores bajo las cubiertas de una pequeña cama, en la cual se pone al niño, ya por medio de una pequeña caja fumigatoria.

A los fomentos emolientes se sustituyen las *lociones calientes de salvia* y de *manzanilla;* despues se pasa á las *lociones* hechas con *alcohol* ó con una *solucion de sal marina*, de *jabon* etc.; en una palabra, lociones con líquidos excitantes.

Estos primeros medios tienen por objeto reblandecer la piel y excitar la respiracion.

El tratamiento se termina por la aplicacion de *vejigatorios á las piernas*, que producen la doble accion, 1.° de derivar la congestion cerebral, 2.° la de hacer salir la serosidad que los demás medios han hecho mas líquida. Este tratamiento está fundado en la idea de que la enfermedad es debida á una suspension de la traspiracion y á la coagulacion de los jugos serosos; pero ya he manifestado mas arriba que esta idea carece de fundamento. Sin embargo, no se debe deducir de un modo absoluto que las lociones y expecialmente las lociones excitantes no produzcan ningun efecto favorable; pues, por el contrario, pueden ser muy útiles elevando la temperatura y excitando las funciones entorpecidas; pero no tenemos noticia de hechos que estén exentos de toda discusion en los cuales hayan tenido de un modo evidente buenos resultados, y aunque los hubiese, seria necesario averiguar qué hechos son estos, y porqué en las consideraciones generales que presentaré mas adelante sobre el tratamiento de esta afeccion, se verá que hay casos tan leves, que nada puede deducirse de su curacion relativamente á la eficacia del tratamiento.

Troccon, que creia que existia una pulmonía, ha aconsejado muy

particularmente la aplicacion de *una ó dos sanguijuelas* á la base del pecho. Este medio es indudablemente muy útil; pero no obra favorablemente combatiendo la pulmonía, porque en los casos conocidos en que ha venido una pulmonía á complicar la afeccion, los enfermos han sucumbido. Leger y Dugés han empleado las emisiones sanguíneas de la misma manera que Troccon.

El último de estos autores aconseja los *baños de vapor*, que han encomiado otros muchos médicos, y que se han creido tan útiles en cierta época, que se habia dispuesto, en el Hospicio de niños expósitos de Paris, un aparato únicamente destinado á dar baños de vapores á los recien nacidos edematosos; pero este método, segun los que le ensayaron, tuvo por consecuencia accidentes graves, tales como congestiones cerebrales y meníngeas. Lo que hay de cierto que se le abandonó muy pronto, y que no se recurre ya á estos baños en la actualidad. Por otra parte, no debemos olvidar que casi siempre, porque se ha creido que la serosidad es espesa y hasta coagulada, se ha recurrido para liquidarla al medio de que acabo de hablar. Este era el objeto que se proponian Andry y Auvity, y esto era tambien lo que deseaba conseguir Marzaré (1), quien en 1826 recomendaba calentar por este medio las partes enfermas para *ablandarlas*. Si nos hemos de atener á los datos poco exactos que se nos han suministrado de viva voz, los baños de vapor no deben emplearse sino con precaucion, y su utilidad no es mayor que la de los medios precedentes.

Segun Billard, basta *envolver á los niños en ropas de lana* para ver desprenderse un espeso vapor de la envoltura y del cuerpo de los niños enfermos, y esta traspiracion exagerada procura la curacion. Yo he visto envolver muchos recien nacidos edematosos en gruesas cubiertas de lana y siempre he encontrado su piel seca. Así es de creer que Billard habrá hecho mencion de algunos casos excepcionales.

Denis, que creia que existia una gastritis, aconsejaba la *aplicacion de una ó dos sanguijuelas al epigástrio* y el uso interno de los mucilaginosos. Este era el tratamiento ordinario de la gastritis puesto en uso, en tan diversos casos, en la época que escribia el autor. No es menester ocuparse mas de esta medicacion, pues basta mencionarla.

Deplecion sanguínea.—Doy este nombre á la medicacion que tiene por objeto principal el desocupar los vasos enormemente distendidos á consecuencia de la estancacion de la sangre, y dar por este medio bastante energía á la circulacion entorpecida.

Es evidente que la aplicacion de sanguijuelas, anteriormente indicada, ha tenido el resultado de que se trata, cualquiera que haya sido el objeto que los autores se propusieron conseguir; pero han atribuido sus buenos efectos cuando los han obtenido, no á la deplecion sanguínea, sino á la desaparicion de una pretendida inflamacion

(1) Marzaré, *Revue médicale*, 1826.

que no existe, ó que solo es secundaria. Palletta empleaba mas atrevidamente las emisiones sanguíneas. Atribuyendo este médico la enfermedad á una fuerte congestion del hígado, aplicaba las sanguijuelas con el único objeto de desahogar este órgano, pero no lo podia lograr sin hacer cesar la ingurgitacion sanguínea general, y de allí procedian los resultados felices que conseguia y que si todos los hechos han sido rigurosamente observados, son de los mas notables, pues refiere que de cuarenta y tres enfermos curó cuarenta y dos. Lo que he dicho arriba del pronóstico basta para comprender cuán extraordinario es este resultado. Despues de Palletta, nadie ha obtenido un éxito semejante, y la mortalidad ha continuado siendo grande, aun en los casos en que se ha recurrido á la aplicacion de las sanguijuelas. Quizás Palletta solo tuvo que tratar casos muy ligeros que se curan casi sin ningun tratamiento, como veremos mas adelante.

Hemos citado (1) muchos casos en los que niños que se hallaban fuertemente atacados recobraron perfectamente su salud por este medio. Por otra parte, habiendo tenido Mondiere (2) que tratar á una niña en la que el edema sobrevino al dia siguiente de su nacimiento, le vió desaparecer prontamente despues de la aplicacion de cuatro sanguijuelas á la base del pecho. Finalmente, cuando me hallaba encargado de la inspeccion médica de los niños, en la direccion de nodrizas, logré la completa curacion de un edema bastante considerable por la aplicacion de una sola sanguijuela al ano, como ya en otro lugar he referido detalladamente (3).

Roger, atendiendo principalmente al notable enfriamiento que presentan los niños, y considerando que segun los experimentos de Chossat (4), la falta de alimentos es una causa mas poderosa de la disminucion de la temperatura, ha venido á aconsejar en primer lugar una *buena alimentacion*, ayudada de los medios externos de calorificacion. Es indudable que este medio debe ser muy útil, pero antes de recurrir á él es necesario hacer la deplecion sanguínea, que, dando al niño un vigor suficiente, le pone en estado de aprovecharse de esta alimentacion. Lo que lo prueba es que se ven todos los dias persistir el enfriamiento y el edema en niños á quienes se ha dado leche en abundancia. Es evidente que el mejor alimento que se puede dar á estos niños es la leche de una buena nodriza, pues es el único que pueden digerir.

Amasamiento.—El amasamiento métodico, introducido en la terapéutica del esclerema por Legroux (5), ha dado buenos resultados á los que le han empleado. «Cojo con toda la mano, dice, los miembros indurados, y ejerzo presiones con relajaciones alternadas; la

(1) Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.*
(2) Mondière, *Journal hebdomadaire de médecine*, 1836, t. XIII, p. 240.
(3) Valleix, *Bulletin gén. de thérap.*, 1845, t. XXVIII, p. 408.
(4) Chossat, *Recherches expérimentales sur l'inanition.* Paris, 1843, en 4.°
(5) Legroux, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n.° 14, 1855.

presion debe ser fuerte para hacerse sentir en las partes mas profundas, pero no tanto que las mortifique. Como se ejerce sobre una superficie bastante ancha, estos esfuerzos son siempre moderados. Obro lo mismo en los miembros superiores que en los inferiores. Sobre la cara, el púbis, las partes genitales, hago la presion con la pulpa de los dedos; en los miembros ejerzo la presion de abajo arriba, con objeto de rechazar los líquidos en este sentido y favorecer la marcha de la sangre venosa. Al mismo tiempo ejerzo la respiracion artificial por presiones laterales sobre las paredes torácicas y la region epigástrica, limitando los movimientos normales de la respiracion. La conocida influencia de las contracciones musculares sobre el curso de la sangre venosa, me ha inducido á unir al amasamiento una especie de gimnasio artificial, por la flexion y extension alternativas de los miembros, por los movimientos comunicados al tronco en diversos sentidos.»

Otros prácticos han confirmado las ventajas de este método cuyos efectos se anuncian con rapidez; la coloracion cianótica de la piel se reemplaza por un tinte rosado. El calor renace con flexibilidad de las partes induradas, el edema desaparece bajo las manos durante la operacion, que debe durar de cinco á diez minutos, ó mas, segun los casos. La respiracion se activa, los gritos se hacen mas enérgicos, el niño se agita y las fuerzas aparecen.

Despues de la operacion se rodea la criatura en paños calientes, y se procura hacerle mamar, y si despues del amasamiento repetido algunas veces toma el pecho, el pronóstico es muy favorable. El amasamiento ó sobadura debe repetirse cada dos ó tres horas y durante dos ó tres dias, despues de lo que se obtiene por lo comun la curacion.

Quedan ahora ciertos medios que basta indicar, porque nada prueba que se hayan aplicado á casos bien determinados y que sean muy eficaces. Tal es en primer lugar el cocimiento de *quina* vigorizado con algunas gotas de *acetato de amoniaco*, aconsejado por el doctor Cederschjœld (1), la *pocion cordial* recomendada por Chaussier (2), en la cual entran el *agua de menta*, de *melisa* y de *canela;* las *fricciones con el alcohol trementinado* (Pitschaft), y las *fricciones mercuriales* (3). En cuanto al *sublimado corrosivo* que recomienda Freyler, no creemos que haya motivo para administrarle.

Resúmen.—De todo lo que precede resulta que la aplicacion de sanguijuelas, hecha con el objeto de producir una deplecion sanguínea, y el amasamiento sobre todo con los medios mas eficaces que se emplean.

Es evidente que el calor exterior, la permanencia en una sala

(1) Cederschjœld, *Ars Beraet. on svencka Laek.*, etc. Stockholm, 1825.
(2) Chaussier, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. LV.
(3) A. G. Richter, *Spec. Therapie.* Berlin, 1821, t. II.

bien caliente, son medios auxiliares de grande utilidad; por consiguiente se debe envolver al niño en telas de lana, darle friegas con una franela caliente, etc. Tengo observado, y es un hecho que no se debe perder de vista, cuando se quiere apreciar la accion de un tratamiento cualquiera, que en los casos muy ligeros *basta la permanencia en un lugar caliente para volver al niño toda su energía* y hacer desaparecer todos los síntomas. Es evidente que si se hiciesen experimentos en casos análogos, se contaria con todos los medios. ¿No habia cierto número de esta especie en los referidos por Palletta? Lo cierto es que todo tiende á probar que la elevacion de la temperatura por medios artificiales es una eficacia indisputable.

Por último, se debe cuidar de que el niño tenga una buena alimentacion, es decir, la leche de una buena nodriza.

Resúmen.—Fomentos, fumigaciones emolientes y excitantes, vejigatorios á las piernas (Auvity), tratamiento antiflogístico, baños de vapor, calor, deplecion sanguínea, una buena alimentacion, tónicos, excitantes, fricciones trementinadas y mercuriales y deutocloruro de mercurio (Feiler), y sobre todo el amasamiento (Legroux).

ARTÍCULO II.

ANASARCA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se dan los nombres de *anasarca primitiva ó idiopática* á la infiltracion casi siempre rápida de todo cuerpo, que no es la consecuencia de ninguna otra enfermedad.

Como las demás especies de anasarca, esta afeccion ha recibido los nombres de *leucoflegmasìa*, *hidropesía general*, *hidroderma é hidrosarca.*

§ II.—Causas.

Se han considerado con frecuencia como anasarcas primitivas las que eran consecutivas, y el progreso de la ciencia tiende á restringir cada vez mas el anasarca idiopático. Las causas indicadas por los autores, guiados mas bien por las teorías que por la observacion de los hechos, son las siguientes: la *accion del frio* sobre el cuerpo cubierto de sudor; la exposicion mas ó menos prolongada *al frio y á la humedad*; la *ingestion de bebidas heladas*, despues de un ejercicio activo, ó en los grandes calores del verano. Se ve que estas diversas causas no constituyen mas que una sola en realidad, que es la *supresion de la traspiracion.* Se ha invocado para la produccion del anasarca la existencia de un trabajo inflamatorio en las areolas del tejido celular, pero esta opinion solo tiene el valor de una hipótesis, di-

fícil de sostener hoy (Breschet, Bouillaud, Dorwal, Dance). Los trabajos modernos han reducido de tal modo el dominio del anasarca idiopático que la mayor parte de los autores niegan completamente su existencia. Rayer, Andral y Mialhe han demostrado que estas hidropesías agudas sobrevienen despues de la impresion del frio, y la orina presenta cantidades notables de albúmina. Becquerel y Rodier confirman el hecho indicando una disminucion notable de albúmina en la sangre, y consideran estas anasarcas como dependientes de una alteracion del líquido sanguíneo, aunque en algunos casos no hay albúmina en las orinas. Pero entonces en estas circunstancias desaparece la albuminuria y la proporcion de albúmina en la sangre se encuentra por debajo de la cifra normal, y la anasarca persistirá durante un tiempo, hasta tanto que la sangre recobre la suficiente cantidad de materiales albuminóideos.

Sin embargo, segun opinion de algunos autores, hay anasarcas imposibles de explicar por las alteraciones del líquido nutricio y por los obstáculos á la circulacion venosa. Esta categoría, destinada probablemente á desaparecer del cuadro nosológico, puede conservar hasta entonces el título de anasarca idiopático. Fl. Churchill (1) hace desempeñar á la plétora un gran papel en la produccion del anasarca de las embarazadas.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—La invasion de la anasarca idiopática es casi siempre muy rápida; punto sobre el cual insistimos mucho porque es muy importante para el diagnóstico. En efecto, por solo el hecho de producirse el edema general lentamente, se puede ya presumir que depende de una lesion orgánica y principalmente de una lesion del corazon y de los riñones. Es una cuestion que todavía no se halla resuelta, la de saber si puede existir una anasarca idiopática de curso lento.

Algunas veces se manifiesta la afeccion sin ningun síntoma precursor, de suerte que el sugeto se encuentra de repente que le vienen estrechos los vestidos, sin notar que estuviese enfermo. Con mas frecuencia aun el paciente experimenta, por espacio de muchas horas y aun de algunos dias, escalofríos mas ó menos intensos, mas ó menos frecuentes é irregulares, con alternativas de calor y de cefalalgia, y frecuentemente tambien tiene una sed no acostumbrada y anorexia. La orina es escasa, roja, sedimentosa y hay extreñimiento. Segun Abercrombie y el doctor Copland, la dificultad de respirar ordinariamente el mas notable de los síntomas precursores, ó mas bien de los primeros síntomas de la enfermedad, porque la disnea depende del edema de los pulmones, que es el principio de la anasarca.

(1) Fl. Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*, Paris, 1866, p. 812.

Síntomas de la enfermedad confirmada.—Es raro que haya *dolor* en la anasarca idiopática, y cuando los enfermos se quejan de padecer, acusan mas bien una *tension incómoda* de las partes prontamente distendidas que un verdadero dolor. No hablamos aquí de la cefalalgia debida al movimiento febril.

La *hinchazon* que presentan las partes infiltradas puede ser considerable, pero rara vez lo están tanto como en los casos en que la infiltracion es debida á una causa orgánica. Esta hinchazon es con especialidad muy notable en las partes en que se encuentra un tejido celular flojo, tales son los párpados, los testículos y el prepucio.

La *piel* que cubre las partes hinchadas presenta un color muy diferente, segun las circunstancias. Si la anasarca se produce con mucha rapidez y con un movimiento febril marcado, la piel está rubicunda ó por lo menos sonrosada; algunas veces se la ha visto azulada ó cubierta de cardenales; en el caso contrario puede estar descolorida, pero debo repetir aquí que en estos últimos casos es dudoso que la anasarca sea primitiva ó idiopática.

Si persiste la anasarca y sobre todo si hace progresos, el tegumento pierde su color rojo ó rosado, se pone pálido, y las partes mas infiltradas, que son aquellas en que es la piel mas fina y mas flojo el tejido celular, se ponen semitrasparentes.

En algunas ocasiones se infiltran á la vez todas las partes del cuerpo, y aun debemos decir que estos casos son los que principalmente debemos considerar como ejemplos de anasarca primitiva. Por el contrario, otras veces se ha visto que son atacadas sucesivamente las diversas partes, y segun Dance; en semejante circunstancia la anasarca empieza por los pies, despues invade las piernas y los muslos, las partes genitales, los brazos, la cara, y por último el tronco. Sin embargo, en ciertos casos se ha visto empezar el edema general por las partes superiores. Solo las investigaciones ulteriores que se hagan con los conocimientos que tenemos en la actualidad podrán enseñarnos qué se debe pensar de estos últimos ejemplos.

La impresion que conservan los tegumentos cuando se ha ejercido sobre ellos la presion con la extremidad del dedo, es muy diferente, segun que la anasarca se ha producido con rapidez ó lentitud. En el primer caso una presion fuerte, no solo produce una ligera depresion, que desaparece con prontitud, siendo así que en el segundo la impresion es fácil, profunda y se borra lentamente. Por lo demás, esto es lo que sucede en todas las especies de edema.

Al mismo tiempo que se manifiestan estos síntomas, se observan *fenómenos generales* que las mas veces son los mismos que he descrito mas arriba con el nombre de síntomas precursores. Al principio de la enfermedad se nota calor, aridez de la piel, frecuencia del pulso, dificultad de respirar, anorexia, sed, extreñimiento y dolores en los lomos y en el cuerpo.

r.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

curso de la enfermedad es casi siempre muy rápido. Efectiva-, algunas veces se ve que se forma la anasarca en pocas horas os los puntos que debe ocupar. Tambien desaparece con rapi-á lo menos en los casos en que persiste, no es seguro que sea tica. Así, pues, se puede decir en general que su *duracion* es

terminacion de esta afeccion es constantemente feliz. ha sido considerable la anasarca y persistido durante cierto), la piel demasiado distendida presenta despues de la curacion ıas lívidas mas ó menos marcadas; en el caso contrario, es de-ı casi todos los casos de anasarca idiopática, la piel no ha ex-ɜntado sino una moderada y rápida distension y no queda nin-señal de la enfermedad.

§ V.—Lesiones anatómicas.

s únicas *lesiones anatómicas* que se pueden encontrar en la ·ca idiopática son la distension de las celdillas del tejido celu-ɜxpecialmente del celular subcutáneo, y la imbibicion de este por la serosidad.

s mallas del tejido celular están á veces tan distendidas, que ɜ se pueden descubrir. La capa subcutánea es gruesa, temblo-rasparente cuando se la divide, deja salir la serosidad ordina-ıte clara y con poco color y algunas veces amarillenta. Estas ɔiones penetran en los intersticios de los músculos y en ciertos os parenquimatosos, como el pulmon. Por último, se encuentra lad derramada en mayor ó menor cantidad en las cavidades se-y expecialmente en los ventrículos cerebrales.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

evidente que el *diagnóstico* absoluto de la enfermedad no pre-ninguna dificultad, pues á primera vista el médico se apercibe existencia de la anasarca. Tal vez se pudiera dudar y creer que un *enfisema general*, sobre todo, si el enfermo dijera que habia un gran esfuerzo; pero la rareza del enfisema, la crepitacion ı siente á la presion y el no persistir la impresion producida por o, en breve no dejan la menor duda, al paso que este último basta para conocer la existencia de la infiltracion.

:o lo que mas importa es averiguar si la anasarca es realmente tica ó sintomática de una afeccion mas ó menos grave. Para á formar este diagnóstico, es necesario conocer las afecciones ·oducen la anasarca: entre las que hemos estudiado ya se en-

cuentran las *enfermedades del corazon* y la *enfermedad de Bright*. Remitimos al lector á los artículos dedicados á estas afecciones, donde se hallarán todos los pormenores necesarios para resolver la cuestion. Unicamente añadiré aquí algunas palabras para dar á conocer un hecho que prueba que no conviene apresurarse mucho á considerar la anasarca como idiopática. Examinada la orina por espacio de muchos dias, no presentaba el menor vestigio de albúmina, y por otra parte no se hallaba ninguna alteracion orgánica que explicase esta infiltracion. Pero al sexto ó sétimo dia, la albúmina apareció en la orina, y desde entonces quedó confirmada la enfermedad de Bright.

Ya nos ocuparemos de la *escarlatina*, en cuya convalecencia se desarrolla una anasarca que muchas veces ha debido tomarse por una anasarca idiopática. Algunas veces sucede, que algunos enfermos tienen un movimiento febril marcado, con una ligera erupcion, limitada á algunos puntos y que pasa desapercibida. Si no se examina atentamente al enfermo, si no se tiene cuidado de ver si se presenta la descamacion, y si se declara la anasarca á estas circunstancias, se toman los síntomas del movimiento febril precursor de la erupcion por prodromos de la anasarca, y se considera á esta como idiopática.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—En los casos en que la afeccion tiene por síntomas generales el calor de la piel y cierto movimiento febril, se ha recurrido casi exclusivamente á la *sangría general*. En los niños se puede aplicar mayor ó menor número de *sanguijuelas al ano*, segun su edad. En el concepto de Dance, es menester no pasar de ciertos límites en el uso de las emisiones sanguíneas, porque se correria el riesgo de que la enfermedad tomase un curso crónico.

Los hechos á que hace alusion este autor, ¿no son casos desconocidos de la enfermedad de Bright?

Diuréticos.—Los diuréticos ocupan naturalmente el principal lugar en el tratamiento de la anasarca. Ordinariamente se prescribe el *nitrato de potasa* en un cocimiento de *grama*, pero en vez de temer, como antes de estos últimos tiempos, pasar de la dósis de uno y medio gramo, se da en la actualidad este medicamento hasta la dósis de 12, 20 y 30 gramos y aun mas como en el reumatismo articular; sin embargo, estas últimas dósis son exageradas; nada prueban que sean útiles, y ciertos hechos de los que diremos alguna cosa mas adelante hacen creer que no son tan inocentes como se supone. Tambien se prescribe el *acetato de potasa* á la dósis de 2, 4 y 6 gramos, el cocimiento de raíz de *fresa*, la infusion de *parietaria*, etc.

Sudoríficos.—Tambien se usan generalmente los sudoríficos; pero los [illegible] los externos, tales son: los *baños de va*-
[illegible] *enebro y los baños de arena caliente*.

Serre (de Alais) ha recomendado recientemente un medio bien sencillo, que consiste en envolver *fragmentos de piedra de cal* en un paño mojado, que se envuelve en otro lienzo seco, y en ponerles así dispuestos á la planta de los piés y á cada lado del cuerpo.

Siguen despues los *purgantes*, que basta designar, haciendo notar tan solo que se ha recurrido casi exclusivamente á los purgantes suaves *maná, cañafístula, tamarindo, aceite de ricino, cremor de tártaro y agua de Sedlitz.*

Serre (d'Alais) (1) dice haber obtenido *siempre buen resultado* en la anasarca, *cualquiera que sea su naturaleza* por medio de la *dieta seca, láctea* y el *uso de la cebolla*. Durante un mes la enferma debe abstenerse de toda bebida, y debe contentarse con tres sopas de leche al dia y un poco de cebolla, que come con un poco de pan al terminar cada comida. Separacion de toda otra comida y bebida. La mejoría comienza generalmente á los ocho dias y la curacion se termina en un mes próximamente. Serre (d'Alais) cita 58 casos de curacion y añade que la condicion necesaria al buen éxito es la existencia del edema de los miembros abdominales y la disminucion de orina, contenga ó no albúmina.

SECCION SEGUNDA.

ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR.

Las enfermedades del aparato locomotor son casi todas del dominio de la patología externa; sin embargo, hay alguna cuya invasion se anuncia con fenómenos subjetivos de una significacion oscura con frecuencia y que hacen desde luego recurrir al médico. En estos casos es en los que hay obligacion de establecer el diagnóstico y decidir la oportunidad de la intervencion quirúrgica. Segun esto nos creemos en el deber de presentar una exposicion sucinta de algunas afecciones, como la *coxalgia* y el *mal de Pott,* cuyos síntomas en cierto período de su evolucion presentan con otras enfermedades numerosas analogías que pueden ser orígen de graves errores. Expondremos en seguida algunas afecciones particulares de los músculos independientes de causa reumática.

ARTÍCULO PRIMERO.

ARTRITIS SIMPLE AGUDA.

En vano se buscarian en la ciencia trabajos numerosos en esta afeccion, de cuya escasez ya hemos indicado mas arriba la causa; los cirujanos han hablado algo de la inflamacion que se manifiesta espon-

(1) Serre (d'Alais), *Bulletin gén. de thérap.*, 15 Julio 1853.

táneamente en las articulaciones; pero no habiendo distinguido con todo el cuidado necesario esta expecie de todas las demás, no han hecho esta descripcion con toda la exactitud que era de desear. Valleix es, en efecto, el primero que ha hecho de ciertas artritis mono-articulares una enfermedad independiente del reumatismo; pero muchos médicos se preguntan si estas artritis localizadas no pertenecen á causa reumática. En efecto, no se ve con frecuencia al reumatismo manifestarse desde el principio por artritis múltiples y concentrarse despues en una sola articulacion con todos los caractéres de gravedad é intensidad atribuidas á la artritis simple. De modo que hay que resolver la cuestion de saber si el reumatismo articular es siempre generalizado por su naturaleza, y sino puede fijarse desde luego en una sola articulacion.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *artritis simple aguda* es una inflamacion articular sobrevenida espontáneamente, que queda fija en una ó mas articulaciones, que produce una fiebre comunmente intensa, y deja durante un tiempo, siempre bastante largo, vestigios de su existencia. En el discurso de este artículo se verá que esta definicion es exacta.

Tambien se han dado á esta enfermedad los nombres de *inflamacion de las articulaciones y de artritis*.

La *frecuencia* de la artritis simple aguda es mucho menor que la del reumatismo articular, y esta proposicion es cierta especialmente respecto á algunas articulaciones que indicaremos mas adelante.

§ II.—Causas.

En cinco casos, cuya observacion hemos recogido con cuidado, cuatro se han observado en hombres de veinte á cuarenta años, y uno en una mujer de sesenta y cuatro años.

Causas ocasionales.—No se ha podido averiguar ninguna que fuese evidente. Es verdad que se ha dicho que esta enfermedad se produce por la *impresion del frio estando el cuerpo sudando*, por la exposicion á la lluvia, al frio húmedo y por la permanencia en un paraje húmedo; pero todas estas causas que se han atribuido igualmente al reumatismo articular, no se han comprobado positivamente en casos de artritis simple aguda bien determinados.

Se pueden considerar como artritis simples los casos en que sobreviene la inflamacion de la articulacion en el curso de una *blenorragia*, ó á consecuencia del *cateterismo*, como en los ejemplos que citan los cirujanos y particularmente Velpeau.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—La invasion de la artritis simple aguda está marcada por un estado general mas ó menos notable. Unas veces es un simple malestar, con cefalalgia, dolores en los lomos y en el cuerpo y anorexia, y otras este mismo malestar, y además escalofrios repetidos ó casi contínuos; pero todavía no he visto que esta afeccion tenga por primer síntoma un frio intenso. Algunas veces la enfermedad principia por el dolor, y luego se declaran los fenómenos generales; pero si los hechos ulteriores vienen á confirmar lo que hemos visto, la invasion por fenómenos locales es mucho mas rara en la artritis simple aguda que en el reumatismo articular agudo.

Síntomas de la enfermedad confirmada.—El *dolor* que ocupa la articulacion se hace en breve muy intenso, y al cabo de algunas horas, no solo los movimientos comunicados á la articulacion producen un vivo dolor, sino que tambien está muy dolorosa á la presion. Además, cuando la enfermedad ocupa ciertas articulaciones, y principalmente el hombro, que como veremos mas adelante es el sitio de prediheccion de esta enfermedad, es muy difícil el decúbito cualquiera que sea.

La *articulacion inflamada* está caliente y presenta una rubicundez manifiesta. La hinchazon es mas considerable en igualdad de circunstancias que en el reumatismo articular agudo. Lo que lo prueba es, que cuando la artritis ocupa el hombro, se observa fácilmente que esta articulacion ha aumentado de volúmen, siendo así que resulta de las investigaciones de Chomel y Louis, que en el reumatismo articular, no parece que el hombro se halla hinchado, aunque los dolores sean escesivamente intensos.

Es muy difícil, cuando se consideran ciertas articulaciones en particular, si hay un *derrame* en la articulacion. En las obras de cirugía no se pone en duda la formacion del pus en la articulacion cuando la inflamacion es muy intensa, y estoy lejos de negar la posibilidad del hecho, porque nada me parece mas admisible que la *supuracion* de una articulacion ocupada por una inflamacion franca, es importante el observar atentamente los hechos para asegurarse de que la artritis es espontánea en toda la extension de la palabra, es decir, que no está bajo la dependencia de una flebitis, ni del derrame en la articulacion de la materia tuberculosa, formada en los huesos, ni de una fiebre puerperal. En los casos en que así sucede, se han visto corroerse los tejidos, destruirse las paredes del foco, y abrirse al exterior una supuracion abundante, y producirse en la articulacion los mas graves desórdenes.

Sitio de la enfermedad.—El sitio predilecto de la artritis espontánea es uno de los dos hombros. Esto es por lo menos lo que resulta de los hechos que hemos observado, porque jamás hemos visto que la

inflamacion simple bien caracterizada ocupe otra articulacion, á no ser durante el curso de una blenorragia. Sin embargo, otros observadores la han visto fijada en una articulacion coxofemoral, en una rodilla ó en un pié.

Martin Solon (1) ha observado un caso de artritis blenorrágica que ocupaba cinco articulaciones á la vez; pero los casos de esta especie son muy raros. Tambien se ha hecho mencion de algunos casos en los que dos articulaciones fueron afectadas á la vez.

En esta afeccion se ha notado la existencia de *dolores lumbares* intensos, mas estos dolores ordinariamente han precedido á la inflamacion de la articulacion.

Cuando la enfermedad, como se ha dicho mas arriba, ha presentado síntomas precursores, estos hacen por lo comun considerables progresos. La fiebre adquiere intensidad; el pulso presenta de 110 á 120 pulsaciones, y algunas veces mas, el calor es vivo, la cefalalgia aumenta, hay completa aversion a los alimentos, sed y generalmente extreñimiento. Siendo el dolor de la articulacion sumamente intenso, el insomnio llega a ser casi completo.

Este estado de agudeza dura algunos dias sin alternativas bien apreciables, despues el dolor se calma, los síntomas generales [illegible]

[illegible]

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es contínuo; y siendo al principio agudo, toma despues un carácter crónico mas ó menos marcado.

La *duracion* de esta afeccion es generalmente larga, pues es raro que baje de un mes, comprendiendo en este tiempo el que dura el impedimento y la rigidez de la articulacion. Muchas veces es de algunos meses, de un año y mas, y en ciertas ocasiones la enfermedad pasa completamente al estado crónico.

Acabamos de decir que la *terminacion* tiene lugar algunas veces por el paso al estado crónico; pero excepto estos casos, se puede decir en general que la terminacion es feliz. Habiendo los autores de patologia externa indicado, como hemos dicho anteriormente, casos de supuracion de la articulacion, han admitido naturalmente la terminacion por la muerte, que resulta frecuentemente de esta supuracion. Pero ¿se trata en estos casos de una artritis simple?

§ V.—Lesiones anatómicas.

Recordando lo que se observa en los casos de inflamacion de las articulaciones producida experimentalmente en los animales, ó teniendo en consideracion lo que sucede á consecuencia de graves violencias en las articulaciones, es posible imaginarse el estado de las partes enfermas en la artritis simple espontánea; pero este no es un resultado simple de la observacion.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El punto mas importante del *diagnóstico* consiste en la distincion de la artritis simple aguda y del *reumatismo articular agudo*; así es que este punto es el que nos proponenos tratar particularmente (véase t. I, p. 346).

Cuando una articulacion presenta una inflamacion manifiesta, es preciso averiguar si ha habido alguna violencia externa, si existe una flebitis, y si los huesos que concurren á formar la articulacion estaban primitivamente afectados, porque importa mucho saber si la artritis es simple y espontánea. El diagnóstico absoluto es en efecto tan fácil, que si se exceptúa el reumatismo articular agudo, no hay ninguna afeccion que se asemeje á la artritis simple aguda.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas.—Durante el período de agudeza, todos los médicos emplean las emisiones sanguíneas y proporcionan su abundancia á la intensidad de la inflamacion. Se debe recurrir á la *san-*

gria general mas ó menos repetida, á la aplicacion de *sanguijuelas* (25 á 30 cada vez) y á las *ventosas escarificadas* (8 á 10 varias veces), hasta que el dolor sea menos vivo y menos violenta la fiebre.

El uso de los *narcóticos*, y principalmente el *opio*, está formalmente indicado en una enfermedad tan dolorosa y que ocasiona ordinariamente un insomnio casi completo. El opio debe administrarse interiormente á la dósis de 5 á 15, 20 y 25 centígramos, aumentando progresivamente, teniendo cuidado de vigilar sus efectos. Al mismo tiempo conviene aplicar *cataplasmas laudanizadas*, hechas con hojas de *belladona* ó de *estramonio*.

Para completar este tratamiento calmante y antiflogístico se administran bebidas diluentes y emolientes, y se pone al enfermo á una *dieta severa*.

Rara vez se han administrado en esta afeccion los *sudoríficos*, los *diureticos* y los *purgantes*, y por consiguiente nos es imposible apreciar sus efectos, y no se los puede aconsejar hasta tener nuevos datos, sino en aquellos casos particulares que el médico los juzgue convenientes.

En lugar de usar los emolientes y los calmantes se debe, segun Bonnet (1), aplicar sobre la articulacion enferma tópicos excitantes. Este autor refiere casos en los que el dolor se calmó prontamente con la *cataplasma de Pradier*, cuya fórmula he dado anteriormente (2), y con la que aconseja Trousseau, que se compone del modo siguiente (3):

R. Miga de pan............... } aa C. S. hasta que la miga tenga
Aguardiente alcanforado...... } una consistencia de cataplasma.

Se calienta á fuego lento y se vierte en la superficie de la cataplasma.

Láudano de Sydenham.. 15 gram. | Extracto de belladona... 8 gram.

Se deja aplicada esta cataplasma durante cuarenta y ocho horas.

Segun Trousseau, esta cataplasma es principalmente útil cuando la artritis ocupa una articulacion rodeada de pocas partes blandas.

Bonnet (de Lyon) emplea tambien con buen resultado las cataplasmas siguientes:

R. Harina de simiente de lino.. C. S. | Alcohol saturado de alcanfor.... C. S.

O bien

R. Harina.. .. C. S. | Vinagre....... C. S.

(1) Bonnet (de Lyon), *Traité des maladies des articulations*. Paris, 1845, 2 vol. en 8.° y atlas.—*Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853, página 151.

(2) Véase artículo ANGINA DE PECHO, t. I, p. 1270.

(3) Trousseau y Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. II, 7.ª edicion. Paris, 1862, página 64.

Puncion.—Se ha aconsejado y practica con éxito la puncion de la articulacion en los casos de artritis aguda. Robert defendió esta cuestion terapéutica en una sesion de la Sociedad de medicina del departamento del Sena; presentando resultados sumamente ventajosos, confirmados y corroborados por Briquet y Boinet (1).

En estos casos el dolor era intolerable, y procuró el alivio instantáneo una puncion practicada muy oblícuamente por medio de un trócar. La operacion está indicada, segun Robert, cuando el derrame articular distienda súbitamente la sinovial y provoque su extrangulacion por los tejidos fibrosos inmediatos.

Posicion de los miembros.—Otro precepto, que es muy importante conocer, es el mantecer la articulacion afectada en una inmovilidad absoluta.

Este precepto, sobre el cual Bonnet y Malgaigne han insistido con razon, es de mucho interés para conseguir una curacion rápida. Pero partiendo de este principio, hay gran diferencia en la práctica de los cirujanos bajo este punto de vista. La mayor parte aconsejan que durante el período de agudeza de la inflamacion se mantengan los músculos en estado de relajacion, lo que se consigue especialmente para las rodillas por medio de un doble plano inclinado. Bonnet recomienda, por el contrario, cualquiera que sea el grado de agudeza de la inflamacion, poner y mantener los miembros en la posicion que despues de la curacion en el caso de una anquilosis, sea la mas favorable para el restablecimiento de las funciones. Así, pues, en la artritis fémorotibial se debe, segun este cirujano, extender la rodilla si está doblada; en la coxalgia aguda es necesario enderezar el muslo, si se halla dirigido hácia dentro ó hácia fuera, etc. En vista de muchos hechos de que he sido testigo, creo que hay alguna exageracion en los temores de Bonnet. Es cierto que poniendo los músculos en estado de relajacion se calman mucho mas pronto los dolores, y si se tiene cuidado de no esperar para colocar al miembro en la posicion conveniente, á que se haya establecido la rigidez, se consigue el objeto fácilmente.

Cuando ha disminuido considerablemente el dolor, se puede, por medio de tiras de diaquilon, aplicar, como recomienda Velpeau, una *compresion metódica*, que disipa prontamente el resto del dolor y de la inflamacion. Esta compresion se puede aplicar mas particularmente á las rodillas, á los piés, á los codos y á las muñecas.

Cuando el dolor se ha disipado completamente y no queda ya sino un estorbo y mas ó menos rigidez en la articulacion, se pueden poner en uso otros medios. Hemos recurrido á *grandes vejigatorios*, que curábamos ó no con *ungüento mercurial*. Hemos hecho dirigir *chorros de vapor* sobre la articulacion enferma.

Tambien se ha hecho cubrir la articulacion enferma de un gran

(1) Robert y Boinet, *Gazette hebdomadaire*), 1859, p. 238.

parche de *emplasto de Vigo con mercurio*, y como se ha dicho en la Memoria citada antes (1), sea que la enfermedad tendiese naturalmente á la curacion, ó que fuese el resultado de esta aplicacion, todos los enfermos han declarado que experimentaban en los dias siguientes una mejoria bastante notable.

Hacer ejecutar al miembro *movimientos cada dia mas extensos*, cuando se ha disipado completamente el dolor; jamás hemos visto que esta práctica tenga inconvenientes. Algunos cirujanos recomiendan, cuando la rigidez persiste demasiado tiempo, comunicar á viva fuerza grandes movimientos, con el objeto de vencerla repentinamente; pero hemos visto, igualmente que Bonnet, que esta práctica ocasiona los mas vivos dolores, no solo sin ventajas, sino con un verdadero perjuicio; porque en los siguientes dias la articulacion se habia puesto otra vez tan enferma como en los primeros, por lo cual es necesario distinguir bien los casos.

Resúmen.—Emisiones sanguíneas, narcóticos, emolientes, tópicos excitantes, cataplasmas antiartríticas de Pradier, Trousseau ó de Bonnet, posicion de los miembros, compresion y movimientos metódicos.

ARTÍCULO II.

ARTRITIS SIMPLE CRÓNICA.

La artritis simple crónica ha sido estudiada aun menos que la artritis simple aguda, bajo el punto de vista que conviene considerarla; así, pues, solo tendremos que decir algunas palabras de ella.

No se debe confundir con la artritis crónica la rigidez, la dificultad de mover las articulaciones y la anquilosis que se sigue á la artritis aguda, pues estas son consecuencias de una enfermedad terminada ya, y no enfermedades nuevas. Para que se pueda decir que existe una artritis crónica, es necesario que á la rigidez y á la dificultad de los movimientos acompañe el dolor, y ordinariamente una hinchazon mas ó menos marcada de los tejidos.

La artritis simple crónica se presenta de preferencia en el hombro, las rodillas ó en la cadera.

Algunas veces se desarrolla desde luego con el carácter de crónico; pero lo mas frecuente es que esta forma siga á la artritis aguda; obliga á tener el miembro en reposo absoluto, produce insomnio, sobre todo durante las exacerbaciones, que son muy frecuentes, en las que toma la enfermedad el carácter de agudeza mas ó menos marcado; el dolor se extiende con frecuencia á toda la extension del miembro que acaba por atrofiarse. Los demás detalles presentados

(1) Valleix, *Mémoire sur l'arthrite simple* (*Union médicale*, 6 Febrero, 1847, página 58).

por los autores se refieren expecialmente á la artritis por violencia exterior, y en los Tratados de cirugía es donde debe consultarse.

El tratamiento de la artritis crónica no difiere del de la aguda sino en que los tónicos irritantes se emplean en ella con mas frecuencia. Cuando los síntomas de agudeza se reproducen es necesario recurrir á las *emisiones sanguíneas*.

Trousseau (1) refiere casos en los que la aplicacion del *calórico concentrado* alrededor de las articulaciones enfermas ha producido una pronta mejoría, y aun la curacion. El empleo de este medio consiste en rodear la articulacion de *sacos de arena caliente hasta hacer su contacto desagradable*. Cuando se enfrian estos saquitos hay que reemplazarlos por otros calientes hasta el mismo grado.

Legroux (2) ha citado casos en los que se ha conseguido la curacion de algunas artritis localizadas en una articulacion, por medio de la *cauterizacion con ácido sulfúrico concentrado*, practicadas del modo siguiente:

Se impregna un pincel en el ácido concentrado y se le pasa por los puntos mas dolorosos de la articulacion. Se deja secar sin enjugarle, y queda una escara poco profunda, amarilla parda, que rara vez deja cicatriz. Este medio, que no es doloroso en el momento de su aplicacion, se hace mucho despues en el trascurso del dia, y no tiene tanto poder como la cauterizacion trascurrente, exenta de todo inconveniente (véase NEVRALGIAS, tomo I.)

Bicchi (3) emplea contra la artritis crónica la *pomada de nitrato de plata* en la proporcion siguiente:

Nitrato de plata. . . . . . 5 gram. | Manteca. . . . . . . 32 gram.

Mézclese para frotar ámpliamente la articulacion una vez al dia.

Este medio se habia puesto ya en práctica por W. Adams y Guthrie.

Bonnet (de Lyon) ha empleado con éxito en las inflamaciones crónicas de las articulaciones las *cataplasmas de alcohol alcanforado* (1), que no le han dado resultado en las agudas. Los extensos *vejigatorios*, la *cauterizacion trascurrente*, las *moxas*, la *acupuntura*, las *duchas de vapor*, los *baños de vapor*, los narcóticos, se han empleado con éxito diverso. En la artritis crónica espontánea ó de causa interna, siendo una afeccion muy rebelde, sobre todo cuando radica en el hombro, se ha aconsejado imprimir movimientos forzados con objeto de volver la flexibilidad á la articulacion; pero esta maniobra debe aumentar mucho los accidentes, y debemos abstenernos de ella por punto general.

(1) Trousseau, *Bulletin général de thérapeutique*, Setiembre, 1847.
(2) Legroux, *De l'arthrite localisée et de son traitement par les cautérisations avec l'acide sulfurique* (*Union médicale*, Octubre, 1848).
(3) Véase *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Marzo, 1847.
(4) Véase el artículo anterior.

ARTÍCULO III.

COXALGIA.

La coxalgia es una afeccion, cuya invasion velada generalmente por una insidiosa oscuridad, pone por lo comun al médico en gran embarazo. El fenómeno dolor, por el cual se anuncia generalmente, es en algunos casos tan difícil de interpretar, que puede desconocerse su verdadera naturaleza. Si el médico aparece como ignorando la significacion de este síntoma, se expone á las mas penosas inculpaciones, y no se deja de atribuirle la responsabilidad de los graves accidentes que sobrevienen en seguida.

La coxalgia fué conocida por los antiguos. Hipócrates, Galeno, Pablo de Eguía hacen mencion de ella. Sin embargo, parece haber sido olvidada hasta 1722, época en que J. L. Petit la describió como una afeccion nueva. Despues fué objeto de trabajos numerosos. Solo citaremos las lecciones de Boyer, las obras de Larrey (1), de Bordie (2), de Palleta (3), de Humber y Jacquier (4), de Vicherat (5), de Bonnet (6), de Maisonneuve (7), de Parise (8), de Nélaton (9), de Labbé (10), de Martin y Collineau (11), y de Panas (12).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La coxalgia es el tumor blanco de la articulacion ileo-femoral. Está caracterizada por la inflamacion con alteracion mas ó menos profunda de las partes que concurren á la formacion de la articulacion. Se la conoce con los nombres de *coxoartrocace* (Rust), de *femoro-coxalgia*, de *luxacion sintomática* (Dupuytren), de *luxacion consecutiva* ó *espontánea* (Boyer), de *afeccion escrofulosa de la cadera*

(1) Larrey, *Mémoires et campagnes de chirurgie militaire*, t. IV. 1817.
(2) Brodie, *Traité des maladies des articulations*, traduccion de Marchant, Paris, 1819.
(3) Palletta, *Exercitationes pathologicæ*, Milan, 1820.
(4) Humbert y Jacquier, *Essais et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées et symptomatiques*, 1835.
(5) Vicherat, *Essai sur la coxalgie*, tésis 1840, n.º 357.
(6) Bonnet, *Mémoire sur l'influence des positions dans les maladies articulaires*, et *Traité des maladies des articulations*, t. II.
(7) Maisonneuve, *De la coxalgie*, tésis de concurso, 1844.
(8) Parise, *Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées du fémur* (*Archives de médecine*, Mayo, 1842), et *Mémoire sur l'allongement et le raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie* (*Archives de méd.*, Julio, 1843).
(9) Nélaton, *Elements de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 250.
(10) Labbé, *De la coxalgie*, tésis de concurso, Paris, 1863.
(11) Martin y Collineau, *De la coxalgie*, Paris, 1865.
(12) Panas, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, artículo ARTICULACIONES, Paris, 1865. t. III.

(Brodie). Puede desarrollarse en todas las edades de la vida; sin embargo, es mas frecuente en la infancia y en la adolescencia. Su maximum de frecuencia se encuentra entre los diez y los quince años.

§ II.—Causas.

Se han invocado las causas mas diversas en la produccion de la coxalgia. Esta enfermedad, como en los tumores blancos, hay que clasificarla en dos grupos, segun su modo de accion. 1.° Las *causas predisponentes*, entre las que figuran en primera línea el *linfatismo* y la *complexion escrofulosa*. Merced á esta disposicion, las mas ligeras provocaciones pueden dar lugar á esta enfermedad. Solo como predisposicion, es como sin duda alguna interviene la *herencia*, cuya influencia es incontestable. En cuanto á la *edad*, acabamos de decir que la coxalgia es patrimonio de la infancia. Asi Crocq (1) cuenta un 40 por 100 menores de diez años, y solo 22 por 100 mayores de esta edad. Se ha atribuido tambien una influencia á la repercusion de ciertos exantemas, como el *sarampion*, la *viruela*, y la *escarlatina*. El sarampion, segun Bonnet, es el que mas predispone á la artropatía. 2.° Las *causas ocasionales* son muy numerosas, y se puede hasta cierto punto, por lo general, rehusar su poder sin el concurso de la predisposicion; sin embargo, hay una que parece gozar de accion propia de incontestable eficacia; tal es la *tuberculizacion de la serosa* articular ó de las partes oseas que componen la articulacion. Los autores incluyen tambien la *sífilis* como causa de algunos tumores blancos de la cadera (Llord, Brodie, Drowther). A la par de la tuberculizacion y de la sífilis se coloca el *reumatismo articular*, pero cuya accion no tiene efecto evidente sino cuando una aptitud especial del organimo, se presta á la alteracion que constituye la coxalgia. Vienen despues las violencias exteriores, como las *caidas*, las *contusiones*, los *esguinces*, las *fatigas excesivas*, etc., etc. Estos pueden actuar directamente sobre los huesos de las articulaciones.

«Desde que las partes blandas articulares, dicen Martin y Collineau (2), son víctimas de las violencias exteriores, es menester admitir que las partes oseas están expuestas á sus efectos. La inmunidad de estos es casi una cuestion de casualidad. Depende del punto en que la potencia traumática choca con la resistencia opuesta por los tejidos orgánicos. ¿Cuántas violencias exteriores respetan las capas celulares fibrosas y musculares que cubren los huesos, para dirigir toda su accion destructora sobre la diafisis? Las periostitis, las osteitis, las fracturas directas, nos suministran ejemplos cotidianos.»

(1) Crocq (de Bruselas), *Traité des tumeurs blanches des articulations*, Bruselas, año 1853.
(2) Martin y Coullineau, *loc. cit.*, p. 366.

§ III.—Síntomas.

El *dolor* y la *claudicacion*, *una sensacion de fatiga* mas bien que dolor propiamente dicho; pereza en los movimientos del miembro, mejor que verdadera cojera, hé aquí en su susceptibilidad inicial las alteraciones precursoras de la coxalgia. La duracion de este estado es de difícil apreciacion, primero se escapa á la observacion, y solo por el recuerdo es como se puede apreciar el momento de su aparicion cuando ya hay agravacion (Martin y Collineau).

El dolor suele ser muy violento desde el principio, y no es raro observar que en la estacion vertical, en vez de tener las dos piernas en el mismo plano, se coloca la enferma sobre un plano un poco anterior; la rodilla de este lado forma un ligero relieve; la extension de la pierna es incompleta. y la punta del pié mira hácia fuera. En la profesion la agilidad del miembro está disminuida, la punta del pié toca ligeramente el suelo.

Bien pronto se observan en el miembro enfermo variaciones de longitud real ó aparente. La pélvis se inclina trasversalmente y se dobla adelante, de tal modo que una de las crestas ilíacas desciende, mientras que la otra se eleva y la parte inferior de la pélvis se dirige atrás. Los cambios de relacion entre el fémur y la pélvis producidos por esta posicion hacen parecer los dos miembros de diversa longitud á la vista y á la medida. Pero mientras que estas variaciones solo son aparentes, pueden hacerse reales, sea que el fémur del lado afecto sea mas corto que el otro, sea que su cabeza haya experimentado dislocacion. Nélaton (1) hace observar que el acortamiento del fémur del lado enfermo solo se observa en los individuos que han presentado la coxalgia desde su infancia. El miembro condenado á la inaccion durante la duracion de la afeccion articular sobre una especie de atrofia, con detencion del desarrollo, lo que produce entre los dos miembros una diferencia de longitud tanto mas pronunciada cuanto mas antigua sea la enfermedad. La luxacion de la cabeza del fémur en la fosa ilíaca externa, ó su paso á través de la cantidad cotiloidea perforada, produce un acortamiento positivo, mientras que, por el contrario, hay prolongacion cuando la luxacion se verifica en la fosa oval.

Las desviaciones de la pélvis y dislocaciones del fémur se dan á conocer en los coxálgicos por las deformaciones de la cadera. El pliegue de la nalga sube ó baja, y en las niñas se observa que el grande labio correspondiente á la articulacion enferma presenta una desviacion en el mismo sentido que la del pliegue de la nalga. Esta es aplastada cuando el pliegue desciende, y por el contrario, saliente cuando el pliegue ha subido. La region renal está fuertemente com-

(1) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 264.

bada. Los movimientos de la articulacion están disminuidos, y con frecuencia existe anquilosis.

Los síntomas generales que acompañan á la coxalgia no presentan nada fijo; puede suceder que la afeccion articular recorra las diversas faces de su evolucion sin despertar reaccion febril, aunque no es lo comun. Lo mas frecuente es que se altere mas ó menos frecuentemente la economía entera. La fiebre, acompañada de escalofrios prolongados, vómitos, sed viva y ardiente, puede aparecer periódica ó contínuamente; el sueño es incompleto; se pierde el apetito, las fuerzas se deprimen y se pronuncia el enflaquecimiento. Se produce una diarrea serosa que determina la produccion del marasmo, en el que muy pronto cae la enferma.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La artropatía de la cadera puede afectar un curso lento, ó bien producir en pocas semanas la destruccion de la articulacion. Generalmente la coxalgia experimenta en su evolucion períodos de descenso, retrocesiones, y exacerbaciones. Puede curarse, aunque se hayan producido en las cabezas oseas alteraciones muy avanzadas. A veces el mal se detiene en su primer período; el dolor se apacigua y el miembro recobra su posicion y direccion normales. Los movimientos recobran su integridad. La curacion puede obtenerse en un período mas avanzado, cuando se han efectuado las dislocaciones del fémur. En estos casos, la anquilosis es un resultado relativamente feliz. Desgraciadamente lo mas frecuente es ver que la enfermedad sigue una progresion ascendente. Se forman abscesos alrededor de la cadera, y la supuracion, empobreciendo el enfermo y determinando la fiebre hética, no tardan en hacerle sucumbir. Estos abscesos aparecen con frecuencia en la parte superior y externa del muslo, y otras veces por detrás del gran trocanter; tambien el fondo de la cavidad cotoloidea por la caries.

La duracion de la coxalgia es generalmente larga, pudiendo contar años.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas son las de los tumores blancos en general, produciendo sus destrozos en las diversas partes de la articulacion; la sinovial y el tejido que la cubre, los huesos, los cartílagos y los ligamentos. La sinovial se inyecta, engruesa y se pone granujienta, en su superficie libre se elevan fungosidades que tapizan toda la cavidad articular donde se deposita una serosidad lactescente y purulenta. La inflamacion no se limita á la serosa, se extiende mas ó menos profundamente en el tejido conectivo que la cubre y al tejido de igual naturaleza, que se prolonga entre los manojos musculares.

De un modo general, todos estos tejidos fibrosos engruesan, toman un aspecto grasiento, y en los períodos de agudeza de la flegmasía se producen abscesos.

Los cartílagos diartrodiales, desapareciendo, dan á la cavidad cotiloidea mayor amplitud. Las paredes están corroidas por la caries, y en algunos casos se perfora el fondo. Pueden encontrarse tubérculos en la sinovial y en las epífisis cuando han sido la causa provocadora de la coxalgia; pero es raro encontrar verdaderas cavernas que hayan servido de quistes á la produccion morbosa. La deformacion de la cavidad cotiloidea por la caries, y sobre todo la destruccion del suborde cotiloideo favorecen las dislocaciones del fémur. Las luxaciones llamadas espontáneas ó consecutivas son con frecuencia incompletas, y solo despues de tiempo y gradualmente se completan. Favorecidas por las modificaciones de las partes oseas se favorecen tambien por las alteraciones sobrevenidas en el aparato ligamentoso. El ligamento redondo se rompe con frecuencia, se desprende de sus inserciones ó se destruye por completo; la cápsula articular se distiende, ulcera y presenta soluciones de continuidad por donde se escapa el pus.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la enfermedad confirmada no presenta dificultad; pero al principio de la afeccion no deja de ser oscuro, y sin embargo, en esta época es en la que el médico se ve en la necesidad de pronunciarle. La coxalgia se parece en su principio á enfermedades cuya expresion sintomática vamos rápidamente á pasar revista.

1.° El tumor blanco de la cadera tiene mas de una analogía con la *osteitis de la epífisis*. El dolor, la fiebre que sobreviene en un niño inmediatamente despues de la fatiga, la tumefaccion de la region coxal, y aun la supuracion, son síntomas que corresponden á ambas afecciones. Pero la osteitis epifisaria ataca por lo comun muchas articulaciones á la vez, va acompañada de accidentes tifoideos, como hace observar Gosselin (1), y su error es progresivamente fatal.

2.° La *ciática* y la coxalgia se han tomado una por otra en su principio. Con el nombre de ciática ha descrito Palletta la artropatía de la cadera. Los dolores erráticos, la dificultad en los movimientos de la cadera, la actitud viciosa del miembro, son síntomas comunes á la coxalgia y á la ciática. Pero la demostracion de los puntos dolorosos situados en los puntos de envergencia del nervio afecto, precisa los caractéres de la nevralgia. Además, la posicion viciosa y la claudicacion presentan diferencias indicadas por Teisser (de Lyon) y presentados como sigue por Leon Labbé (2): «Si se pueden levantar los enfermos se observa que su modo de andar es diferente en uno y en otro

(1) Gosselin, *Mémoire sur les otéites épiphysaires des adolescents (Archives générales de médecine*, Noviembre 1858).

(2) Leon Labbé, *De la coxalgie*, tésis de concurso para agregacion. Paris, 1863.

caso. Los que sufren la nevralgia van doblados sobre sí mismos como saludando al andar, sin atreverse á contraer con violencia los músculos del muslo, mientras que el coxálgico los mantiene en una exagerada rectitud y les obliga á mover el miembro sin doblarle rozando el suelo con el pié.» (Véase el cuadro diagnóstico diferencial del artículo NEVRALGIA CIÁTICA, tomo I.)

3.° Hay aun otra afeccion esencialmente nerviosa que, mejor que la ciática, simula el tumor blanco ileo-femoral, hablamos de la curacion de la enfermedad descubierta por Brodie, y descrita por Lesauvage (1) y Robert (2), que ha reducido el nombre de *coxalgia histérica*. Haremos notar mejor el diagnóstico diferencial entre ambas afecciones presentando el siguiente cuadro trazado por Martin y Collineau (3):

1.° *Dolor.*

COXALGIA PROPIAMENTE DICHA.	COXALGIA HISTÉRICA.
Localizada en la cadera y en la rodilla.	No tiene sitio fijo, ocupa toda la extension del miembro.
Se exaspera por la presion, particularmente al nivel de la cadera y por los movimientos.	Se exaspera por la presion al nivel de las costillas falsas, del ileon y del maleolo.
Proporcionado á la energía de la presion.	Mas vivo por una ligera presion ejercida sobre la piel que por presion profunda.
Se opone al sueño provocando movimientos espasmódicos.	No altera el sueño ni provoca movimientos espasmódicos.

2.° *Rigidez del miembro.*

Debida al grado de los dolores en el centro articular, ya sea la cadera ó la rodilla.	Dependiente del grado de hiperestesia de los tegumentos y de los músculos.

3.° *Desviaciones pelvianas.*

Inclinacion y torsion de la pélvis producidos por el obstáculo en las funciones articulares.	Posicion viciosa producida por el predominio de ciertos músculos.

4.° *Deformaciones de la piel.*

Constantes, variables por sus caractéres con la forma y período de la enfermedad.	Nulas.

(1) Lesauvage, *Arch. genér. de méd.*, 2.ª série, t. IX, p. 283.
(2) Robert, *Clinique chirurgicale*, p. 453.
(3) Martin y Collineau, *loc. cit.*, p. 391.

5.° *Posicion del miembro.*

Semi-flexion con abduccion y rotacion externa ó con abduccion y rotacion interna.	Extension completa.

6.° *Curso.*

Curso lento con período de remitencia y exacerbacion.	Estado indefinidamente estacionario.
Aparicion de edema inflamatorio en el tejido celular de la region.	Edema debido á la turgencia de los vasos, desprovisto de todo carácter inflamatorio.
Inminencia de abscesos.	No hay inminencia de absceso.
Tension y calor progresivos de los tegumentos, fluctuacion profunda, flujo purulento.	Alternativas de calor y de frio sin provocacion de accidentes funestos.

7.° *Alteraciones generales concomitantes.*

Reaccion febril en relacion con la agudeza del estado inflamatorio local.	Alteraciones nerviosas histeriformes.

8.° *Epoca de la invasion.*

Pubertad.	Algunos años despues de la pubertad. Predominio muy marcado en la mujer.

9.° *Terminaciones.*

Agravacion progresiva, anquilosis, luxacion, muerte.	Desaparicion gradual en relacion con la debilitacion del estado nervioso.

El *pronóstico* de la coxalgia es generalmente grave, y varía segun el estado general del sugeto, la extension de los fenómenos locales y la presencia ó ausencia de los abscesos por congestion. Estos determinan casi siempre una terminacion fatal. Dada igualdad de circunstancias, la coxalgia es menos peligrosa en los primeros años de la vida que en cualquiera otra edad. Nélaton participa de esta opinion.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la coxalgia, como el de los tumores blancos en general, se dirige, por una parte al estado general de la economía que sostiene la afeccion y la favorece en su orígen y desarrollo; por otra procura remediar directamente los accidentes locales.

Si el exceso de actividad del sistema linfático y la complexion escrofulosa, que solo es la exageracion de este temperamento, tienen una accion manifiesta en la produccion de la artropatía que nos ocupa, deberemos dirigir contra este estado todos los recursos terapéuticos reconocidos como eficaces en semejante circunstancia. La medicacion antiescrofulosa, auxiliada de todas las prescripciones higiénicas que se opongan al desarrollo del escrofulismo y linfatismo, serán los primeros medios que deberán emplearse. Para no repetir aquí el detalle de estos medios, remitimos al lector, tomo I, pág. 480.

En cuanto á los agentes terapéuticos locales que tienen por objeto esencial combatir el estado inflamatorio de la articulacion, pero que exigen en su empleo mucho cuidado y precauciones, están muchas veces contraindicados, como vamos á ver.

1.° Los *antiflogísticos* que pueden dar servicios en algunos sugetos provistos de sangre rica, y en los que la afeccion presenta todos los caractéres de una inflamacion franca, deben siempre emplearse con cierto cuidado, pues debiendo sufrir la economía graves trastornos, debe evitarse el quitarla por las emisiones sanguíneas los medios de resistencia. No debemos olvidar que la coxalgia es por su naturaleza una afeccion crónica.

3.° Los *resolutivos* tienen á la verdad una eficacia muy dudosa. Aplicados sobre una articulacion sumergida en una gran masa de tejidos musculares y adiposo, apenas pueden ejercer su accion sobre las partes articulares.

3.° Los *revulsivos*, tales como el cauterio, el sedal, los vejigatorios, se han alabado y empleado generalmente.

Todos estos medios mas ó menos eficaces no producen ningun resultado si no se llena la indicacion capital, á saber, el reposo mas completo. Además de la inmovilidad, recomienda Bonnet (de Lyon) (1) como obligatoria la contencion. «La inmovilidad y la buena posicion de la cadera no pueden mantenerse por los solos esfuerzos de los enfermos, la fijeza exige aparatos apropiados.» La descripcion de estos aparatos pertenece á la cirugía (2).

ARTÍCULO IV.

MAL DE POTT.

La afeccion crónica de las vértebras conocidas con el nombre de *mal de Pott* no era desconocida de los antiguos. Hipocrates y Galeno hicieron mencion de ella. Avicena da una descripcion que deja poco que desear. Marco-Aurelio Severin y Mercurial la consideran con alguna extension. Traugott Gerber, en 1735, consideró las gibosidades

(1) Bonnet, *Gazette médicale*. Paris, 1840, p. 744.
(2) Gaujot, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*. Paris, 1866.

como un efecto de los tubérculos vertebrales. Delpech (1) hizó revivir estas ideas cien años despues, y en 1830 Serres, de Montpellier (2), sostuvo la misma doctrina. En 1835, Nichet, de Lyon (3), publicó muchas observaciones del mal de Pott producida por tubérculos. Parise (4), Tavignot (5) y otros hicieron lo mismo. En fin, los estudios de Nélaton (6) acabaron de hacer admitir la naturaleza tuberculosa del mal de Pott. Sin embargo, muchos autores modernos, Broca (7) y Lebert (8), entre otros, rehusan el considerar la caries vertebral como tuberculosa en todos los casos. El tubérculo infiltrado de Nélaton se ha puesto en duda considerándole como una osteitis simple.

§ I.—Definicion y sinonimia.

Se da el nombre de *mal de Pott* á una afeccion caracterizada por una osteitis crónica de las vértebras, provocada por la presencia de tubérculos ó independiente de esta produccion morbosa. Esta enfermedad se ha designado tambien con los nombres de *cáries vertebral*, *afeccion tuberculosa de las vértebras* (Delpech), *osteitis vertebral*, (Sanson), *tísis vertebral*, *mal vertebral*, *gibosidad*, etc., etc.

§ II.—Causas.

El mal de Pott es sobre todo frecuente en los niños, es mas rara en la adolescencia, y mas aun en el adulto. El *temperamento linfático* y el *escrofulismo* predisponen indudablemente, mientras que dos órdenes de causas determinantes provocan la cáries vertebral: 1.° Causas generales como la tuberculizacion y el reumatismo, siendo esta mas rara vez actuante que la primera; 2.° las violencias exteriores, contusiones, distorsiones, de la columna vertebral, la accion directa del frio.

Se acusa á la masturbacion de ser la causa mas poderosa y comun del mal de Pott, sin embargo, como hace juiciosamente observar Nélaton (9): 1.° la masturbacion, siendo un vicio comun en la infancia, se encontrará esta causa como agente de cualquiera enfermedad

(1) Delpech, *Traité des maladies réputées chirurgicales*, t. III, y *Traité d'orthomorphie*, art. II, t. I.
(2) Serres, *Gazette médicale*, 1830.
(3) Nichet, *Mémoire sur la nature et le traitement du mal vertébral de Pott* (*Gazette médicale*, 1835).
(4) Parise, *Des tubercules des os* (*Archives générales de médecine*, Junio 1843).
(5) Tavignot, *l'Expérience*, 1844.
(6) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicales*, trad. española del Dr. Martinez y Molina, t. II, 115 y siguientes.
(7) Broca, *Gazette des hôpitaux*, 1858.
(8) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, en fólio t. II.
(9) Nélaton, *loc. cit.*, t. II, p. 129, edicion española de 1856.

de los niños; 2.° la afeccion tuberculosa se presenta por lo comun en los primeros años de la vida, en una época en que los niños no conocen el onanismo.

§ III.—Síntomas.

La caries vertebral se anuncia por lo comun por un dolor fijo en un punto del raquis. Este dolor, primero débil y pasajero, tiende á hacerse contínuo y mas intenso, se limita generalmente á una extension poco considerable en frente de las vértebras alteradas, pero es frecuente que se irradia á lo largo de los nervios que salen de los agujeros de conjuncion correspondientes á las vértebras enfermas; de aquí los dolores de cintura, las constricciones epigástricas, las sensaciones morbosas en los muslos. Los dolores espontáneos faltan sin embargo algunas veces, pero se pueden provocar por la presion ó la percusion de las apofisis espinosas de las vértebras enfermas. Los dolores del principio desaparecen habitualmente despues de cierto tiempo, y desde entonces comienza un nuevo período para la enfermedad.

Se nota entonces que la columna vertebral se dobla hácia delante, que las apofisis espinosas se hacen mas salientes y que se marca una gibosidad. Esta joroba puede manifestarse de pronto, de un modo brusco, sin la provocacion de un esfuerzo; pero por lo general necesita para producirse un tiempo mas ó menos largo.

La formacion de la gibosidad determina fenómenos procedentes de la compresion de la médula y las raíces nerviosas. Tales son contracturas y debilidades de los músculos situados por debajo del punto comprimido, despues se pronuncia la parálisis y la anestesia en los tegumentos, mientras que el menor contacto provoca movimientos reflejos extensos. Las alteraciones de la inerbacion se manifiestan tambien en los órganos interiores, el extreñimiento y la retencion de orina indican una parálisis del recto y del reservorio urinario.

Se producen aun en regiones lejanas del asiento del mal abscesos por congestion.

Además de los síntomas expresados y que dependen directamente de la caries vertebral, pueden presentarse otros que se refieran á la causa general ó que proceda de la misma caries. De este modo fenómenos de tuberculizacion pulmonar vienen á demostrar en muchas ocasiones la naturaleza del mal vertebral.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La evolucion del mal de Pott puede dividirse en tres períodos: 1.° El de invasion, caracterizado por el dolor local y las irradiaciones dolorosas á lo largo de los nervios intercostales y lumbares; 2.° el período de deformacion durante el cual la caries produce la destruc-

cion de las vértebras, los abscesos oxifluentes, la incurvacion del raquis, la compresion de la médula y todos los accidentes que dependen de ella; 3.° período de reparacion ó descenso de la caries vertebral y mejorías mas ó menos marcadas en las lesiones de motilidad y sensibilidad. Pero este tercer período, que es una terminacion feliz, no existe siempre. Los progresos de la caries, el empobrecimiento de la economía, los desórdenes de los abscesos por congestion y la compresion medular, y por último, la generalizacion de la lesion tuberculosa, cuando esta causa existe, determinan con frecuencia la muerte.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La alteracion característica del mal de Pott es la caries del cuerpo de las vértebras, y de aquí deformaciones del raquis y del tórax, los abscesos por congestion, la compresion y lesiones de la médula. La caries vertebral puede ser simple, es decir, resultado de una osteites provocada por una causa ordinaria, ó bien la consecuencia del desarrollo de tubérculos en el tejido esponjoso de los huesos. Los discos intervertebrales se alteran consecutivamente, y su destruccion, unida á la fragilidad del cuerpo de las vértebras corroidos por la caries, determina la incurvacion del raquis y su flexion angulosa en el punto enfermo. De aquí una gibosidad. Es digno de observarse, dice Nélaton, que á pesar de la existencia de una corvadura de las mas pronunciadas, el conducto vertebral conserva generalmente sus dimensiones normales y aun algunas veces está ensanchado al nivel de la gibosidad.

Las partes contenidas en el estuche raquidiano está á veces exentas de toda lesion, pero suele suceder que las meninges presenten indicios de inflamacion, y la misma médula se reblandece como ha demostrado Louis (1).

En el mal de Pott se producen con frecuencia abscesos por congestion. Broca (2) cree que faltan siempre cuando la afeccion tiene su orígen en un depósito tuberculoso. El trayecto de los abscesos influentes varía necesariamente segun el asiento de la alteracion vertebral. Si el absceso tiene su punto de partida en la region cervical, hace prominencia adelante bajo los músculos largos del cuello, y el tumor puede fraguarse poco, bien por las fosas nasales, bien por la laringe, cuya compresion puede determinar la asfixia. Si la supuracion se efectúa en las porciones inferiores de la region cervical, el pus puede seguir el plexo braquial y hacer salida por la axila. Cuando son las vértebras dorsales las que producen el pus, este pasa por los lados de la aorta entre los pilares del diafragma, llega á la region ilíaca, y siguiendo á la arteria ilíaca primitiva, pasa por el anillo

(1) Louis, *Recherches anatomo-pathologiques sur diverses maladies*. 1826, p. 410.
(2) Broca, *loc. cit.*



crural, y mas rara vez por el anillo inguinal. En lugar de seguir los vasos, puede el pus penetrar en la vaina del psoas y caminar hácia el trocanter menor, apareciendo en la parte superior y posterior del muslo, entre el trocanter y el izquion. Cuando el pus tiene su orígen en la region lumbar, sigue el camino del psoas de la arteria ilíaca, y sigue la ruta expuesta anteriormente. En fin, el pus que penetra en el conducto vertebral, despues de seguir un trayecto mas ó menos largo, sale por los agujeros de conjuncion.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* del mal de Pott es fácil de establecer en el segundo período, cuando las deformaciones de la columna vertebral se reconocen con el dedo, siendo visible la alteracion, por decirlo así. Pero al principio del mal puede tomarse el dolor por una *nevralgia dorso-intercostal*. Se evitará el error recordando que en esta última afeccion hay puntos dolorosos limitados y definidos; además, haciendo presion sobre la parte anterior de un lado correspondiente á las vértebras cariadas, se producirá, en el mal de Pott, un dolor hácia el raquis, lo que no se verifica en la nevralgia dorso-intercostal. Además, en la caries vertebral una presion un poco fuerte, y sobre todo la percusion ejercida sobre el vértice de las apofisis espinosas, provocan un dolor generalmente bastante intenso en el punto correspondiente. (Véase el cuadro del diagnóstico diferencial en el artículo NEVRALGIA DORSO-INTERCOSTAL, tomo I.)

Es fácil el evitar el considerar el dolor del mal de Pott por un *lumbago*, ó recíprocamente, por medio de una detenida exploracion. El dolor provocado por la presion sobre las masas musculares, y sobre todo la produccion del dolor por todos los movimientos que ponen en contraccion las masas carnosas de la region lumbar, no permiten la confusion.

Cuando los progresos de la caries vertebral producen la deformacion del raquis, el mal de Pott se diferencia claramente de las afecciones que hemos indicado, pero hay entonces el peligro de considerar una *gibosidad raquítica* por una desviacion dependiente del mal de Pott. La ausencia de dolores en el raquitismo, la presencia de otras deformaciones oseas simultáneas, y los antecedentes del enfermo bastan para hacer cesar toda incertidumbre.

Pronóstico.—La caries vertebral es siempre una afeccion grave. Mucho tiempo hace que los cirujanos habian observado que la enfermedad de Pott con incurvacion raquidiana es de un pronóstico menos desventajoso que aquel en que el raquis conserva su direccion normal. Esta circunstancia se ha interpretado de diversos modos. Nélaton (1) considera el mal de Pott con gibosidad como producto de la

(1) Nélaton, *loc. cit.* t. II.

tuberculosis enquistada que tiene tendencia á la curacion; mientras que él no la presente, el producto de la infiltracion tuberculosa que ataca la columna vertebral en gran extension, dando lugar á secuestros cuya frecuencia sostiene la supuracion profunda é interminable. Broca (1) ha reproducido casi esta opinion, solo que considera como osteitis simple lo que para Nélaton es tuberculosis infiltrada.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento del mal de Pott debe responder á tres indicaciones capitales: 1.ª, la indicacion causal, que pertenece al terreno médico, y se dirige á las condiciones morbosas de la economía que se han considerado favoreciendo el desarrollo del mal; 2.ª, la indicacion local, que consiste en combatir la misma osteitis vertebral; 3.ª, otra indicacion es oponerse á los desórdenes causados por los movimientos y dislocaciones de las partes afectas. Para llenar la primera de las indicaciones se han empleado toda la série de agentes terapéuticos recomendados contra la exageracion del temperamento linfático y la complexion escrofulosa. En primera línea figura la mejoría de los medios higiénicos, si falta su bondad en algun punto. No recordaremos los medios empleados como antiescrofulosos, refiriéndonos al tomo I, página 480.

Contra la inflamacion ósea se han aconsejado los revulsivos cutáneos, las fricciones irritantes, los vejigatorios, los cauterios, los sedales, la moxa, etc. Los cauterios preconizados por Pott obtienen generalmente la preferencia, y Boyer los alaba mucho.

En fin, para impedir que la columna vertebral se doble, y con el objeto de inmovilizar el raquis cuyos segmentos han perdido sus medios de union, previniendo la compresion de las partes contenidas en el conducto vertebral, se han ideado aparatos de contencion cuya descripcion no es de este lugar. En los Tratados de patología externa y en las obras especiales, entre ellas las de Bonnet (2), y el importante informe de Gosselin sobre la inmovilidad prolongada y el endurecimiento en el mal de Pott (3).

ARTÍCULO V.

DE ALGUNOS DOLORES PARTICULARES DE LOS MÚSCULOS.

Hay algunos dolores particulares que no se pueden considerar ab-

(1) Broca, loc. cit.
(2) Bonnet, *Maladies des articulations*. Paris [illegible]
(3) Gosselin, Informe á la Sociedad de [illegible]

solutamente como reumáticos, pero que dependen del reumatismo, puesto que segun la observacion que hemos hecho en bastantes casos sometidos á nuestra observacion, se manifiestan principalmente en sugetos que padecen esta enfermedad. El primero de estos dolores ha recibido el nombre de *derrengadura*, y como se han emitido al tratar de esta afeccion diversas opiniones, sobre ella insistiré principalmente.

1.° DERRENGADURA.

La mayor parte de los autores, antes de estos últimos tiempos, consideraban á la derrengadura como una variedad del *lumbago*. Algunos autores modernos han atribuido el dolor vivo que experimentan los sugetos que son acometidos de esta enfermedad á una rotura de algunas fibrillas de los músculos sacro-lumbares. No creo que se deba adoptar ninguna de estas opiniones, aunque la primera se acerca mas á la verdad. Hemos observado muchas veces la derrengadura, y jamás se ha visto nada que se asemeje á la rotura de las fibras musculares aponeuróticas; por otra parte, como se verá mas adelante, pueden presentarse dolores parecidos en los miembros y en otras partes del tronco, diferentes de los lomos, sin que haya habido un esfuerzo bastante considerable para que se pueda suponer que se han roto fibras musculares; estas razones me parecen suficientes para desechar la opinion que atribuye la derrengadura á la rotura de las fibras musculares ó aponeuróticas.

¿Pero es un reumatismo un lumbago? Esto es lo que no se puede admitir en el sentido absoluto de la palabra, porque la contraccion violenta del músculo basta para producir el dolor, y porque el nombre de reumatismo implica la idea de otra causa diferente que una simple violencia externa. Sin embargo, repito, hay de notable que este dolor se presenta casi siempre en sugetos que han padecido con mayor ó menor frecuencia ataques de reumatismo muscular. Cuando se considera, como lo hemos hecho, este reumatismo como una nevralgia que tiene su asiento en los músculos, desaparece desde luego todo lo que la afeccion tiene de singular. Efectivamente, sabemos que en cierto número de casos puede producirse la nevralgia repentinamente; ¿por qué no sucedia lo mismo con el reumatismo muscular, que es de la misma naturaleza?

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Resulta de lo que acabo de decir que la *derrengadura* no es otra cosa que el resultado de una contraccion violenta de la masa muscular de los lomos en sugetos ordinariamente predispuestos á esta enfermedad, resultado que consiste en un dolor muy vivo y que sobreviene repentinamente.

Se ha descrito esta afeccion con el nombre de *lumbago y lumbago*

agudo. Es bastante frecuente, y se la observa principalmente en los hospitales en que se encuentran los sugetos que hacen mas frecuentemente esfuerzos para levantar pesos, etc.

§ II.—Causas.

Los que están mas expuestos son los carreteros, los que tiran de los carretones, en una palabra, aquellos que ejercen oficios en los que es preciso bajarse para coger en tierra un objeto muy pesado y levantarle con esfuerzo. Precisamente en el momento mismo en que los músculos de la parte posterior del tronco entran en contraccion para levantar el peso del suelo, es cuando el dolor se declara y suspende el movimiento comenzado. Sin embargo, basta algunas veces enderezar rápidamente el tronco ó un movimiento vivo de torsion para producir el mismo efecto, y esto se concibe bien, puesto que la única condicion que es necesaria para la produccion de la enfermedad es una contraccion muy rápida, y generalmente muy poderosa del músculo afectado. Digo generalmente, porque todavía debemos hacer aquí una restriccion. En efecto, no es raro ver que algunos sugetos son acometidos repentinamente de un dolor lumbar de los mas vivos, en un movimiento poco violento. Este efecto se verifica principalmente en los sugetos muy predispuestos al reumatismo muscular.

§ III.—Síntomas.

Los *síntomas* son muy simples. El dolor es de los mas vivos, y casi no se manifiesta sino al moverse; pero entonces es tal, que el enfermo no puede absolutamente volverse en su cama, y que si quiere sentarse en la cama apenas ha empezado la contraccion necesaria para ello cuando se detiene y vuelve á caer. El decúbito supino es casi siempre forzado.

El dolor á la presion de ningun modo está en relacion con el que producen los menores movimientos.

Por lo demás, no hay calentura ni pérdida del apetito, ni ningun síntoma general que se pueda referir á la afeccion de que tratamos.

§ IV.—Curso, duracion, terminacion.

La enfermedad sobreviene bruscamente, y adquiere inmediatamente su mayor grado de intensidad; despues, ya simplemente á beneficio de la quietud, ya al de un tratamiento apropiado, va disminuyendo. Su *duracion* es solo de cuatro ó cinco dias en los casos ordinarios, lo que está poco conforme con la opinion que atribuye la enfermedad á la rotura de algunas fibras musculares ó aponeuróticas; siempre se *termina* por la curacion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Segun opinion que hemos adoptado, no hay mas *lesiones anatómicas* que pertenezcan á la enfermedad de que tratamos que las del reumatismo muscular. Segun la opinion opuesta que hemos mencionado muchas veces, se habrian roto algunas fibras musculares, de lo que resultaria cierto desórden en el tejido celular circundante. Repito que no está probada la existencia de esta lesion.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La causa ocasional que ha producido esta afeccion es tal, que basta conocerla para formar un *diagnóstico* seguro; y por otra parte el dolor es tan violento durante las contracciones musculares, que no se le puede comparar con ningun otro en esta region.

Pronóstico.—El pronóstico nada tiene de grave. Al cabo de pocos dias el dolor se disipa sin dejar vestigios.

§ VII.—Tratamiento.

El *tratamiento* de esta afeccion es de los mas sencillos. Los médicos que creen que la enfermedad resulta de la rotura de algunas fibras musculares ó aponeuróticas, aconsejan únicamente dejar á los enfermos en una *quietud absoluta*, y evitar los menores movimientos, y es seguro que de esta manera la enfermedad se disipa por sí misma al cabo de algunos dias. Pero de lo que ha sucedido en los casos sometidos á nuestra observacion, creemos que se puede deducir que la aplicacion de veinte ó veinticinco sanguijuelas ó de ocho ó diez ventosas escarificadas al punto dolorido, las *cataplasmas emolientes* á los lomos, una corta cantidad de *opio* en píldoras ó en pocion, calman mas pronto el dolor y abrevian la duracion de la enfermedad. No es raro ver algunos sugetos que la víspera apenas podian hacer un ligero movimiento, sentarse ellos mismos y quejarse solo de un leve dolor al dia siguiente de la aplicacion de las sanguijuelas ó de las ventosas. Louis ha obtenido por los mismos medios iguales resultados, como repetidas veces lo dice en sus *Lecciones clínicas*.

2.° DOLORES QUE RESULTAN DE LAS CONTRACCIONES BRUSCAS EN OTRAS PARTES DEL CUERPO.

Estudiando los dolores que se pueden confundir con las nevralgias, he visto casos notables, en los cuales una simple contraccion repentina, aun sin ser muy violenta, producia en los músculos un dolor vivo y persistente. Todo el mundo sabe que en la accion de lanzar una piedra, la contraccion brusca de los músculos del brazo puede causar un dolor hácia la parte media del miembro; pero gene-

ralmente este dolor es ligero, apenas perceptible, á no ser que el mismo movimiento se haya repetido un gran número de veces, al paso que en algunos sugetos es á veces sumamente vivo, y en ciertos casos tal, que en seguida se encuentran impedidos los movimientos del brazo. En un caso he visto que un simple movimiento para coger un objeto del suelo, causó en el hombro un dolor que forzó al brazo á permanecer en una inmovilidad absoluta durante muchos dias.

En algunos sugetos tambien la accion de bajar muchos escalones puede producir el mismo efecto. Se siente un dolor muy vivo en medio y en la parte anterior del muslo, y algunas veces es tan fuerte que se ven obligados á sentarse, y no pueden en seguida continuar bajando sin cojear. El mismo dolor es algunas veces producido por la accion de saltar, de subir rápidamente, etc. Hemos tenido ocasion de observar un sugeto de mas de cincuenta años de edad, que frecuentemente al andar, y sin hacer ningun esfuerzo, se veia bruscamente detenido por un dolor vivo de los músculos del muslo, dolor que persistia al siguiente dia aunque en menor grado, y que le incomodaba al andar.

Por último, se sabe que el dolor que sigue á los *calambres* algo intensos puede persistir con bastante fuerza durante muchos dias.

Estos hechos son evidentemente de la misma naturaleza que los que se han descrito con el nombre de *derrengadura*; pero en semejante caso las contracciones son algunas veces tan leves que no se puede creer que haya rotura de las fibras, y que por consiguiente estos hechos vienen en apoyo de la opinion que hemos emitido anteriormente.

3.° HIPERESTESIA MUSCULAR.

La *hiperestesia muscular*, fuera del reumatismo, del lumbago y de las afecciones dolorosas que hemos mencionado, existe aun como uno de los síntomas mas frecuentes del *histerismo*. Reside generalmente en los músculos de los canales vertebrales, sobre todo en el lado izquierdo, en el epigástrio y en las paredes abdominales. Es contínuo, aumenta á la presion ó por los movimientos, y va á veces acompañada de hiperestesia cutánea, pero con mas frecuencia de anestesia. Duchenne, de Boulogne (1), preconiza contra este accidente doloroso de los músculos, la enérgica excitacion de la feradizacion electro-cutánea. Generalmente, dice, los enfermos experimentan un alivio despues de la primera excitacion electro-cutánea, cuya accion perturbadora se continúa hasta que la hiperestesia muscular disminuya gradualmente y se disipe por completo.

A veces este modo de tratamiento perturbador elimina solo temporalmente el valor que reaparece una, dos ó tres horas despues de la operacion.

(1) Duchenne, *De l'électrisation localisée*, p. 977.

LIBRO DUODÉCIMO.

AFECCIONES Y ENFERMEDADES DE LA PIEL.

En esta parte de la obra debemos tener presentes las indicaciones prácticas que pueden favorecer el difícil estudio de la patología cutánea. Así, á pesar del interés que presentan al estudio las diversas clasificaciones presentadas hasta el dia, debemos contentarnos con indicarlas sumariamente y hacer conocer el pensamiento que dirigió al autor de cada una de ellas. Nos limitaremos á citar los conocidos nombres de Lorry, Plenck, Alibert, Willan, Bateman, Biett, Rayer y Schedel, para solo ocuparnos de los autores modernos; de los que unos que pueden referirse á la escuela de Willan, han modificado y perfeccionado el estudio de las alteraciones locales del tegumento externo (A. Cazenave (1), Gibert, Devergie, etc.), mientras que otros, á cuya cabeza debe colocarse A. Hardy, han seguido la via trazada por Alibert. En fin, debemos dar á la clasificacion de Bazin gran preferencia; en efecto, mientras que Gibert se limita á la forma clínica; Devergie al modo de ser patogénico; Cazenave al sitio anatómico; Hardy á las causas y naturaleza de las lesiones: para Bazin toda la atencion debe fijarse en el estudio de la enfermedad productora, como dominando toda la escena.

Reproduciremos aquí, segun el cuadro presentado por Chaussit (2), la última clasificacion presentada por Cazenave:

«I grupo.—Inflamaciones.—1.er género.—*Erupciones no específicas que pueden presentarse en el estado agudo y en el crónico:* Eritema, erisipela, urticaria, herpes, eczema, pénfigo, impétigo, ectima, sicosis.—2.° género.—*Erupciones no específicas que se presentan siempre en estado crónico*: Rupia, lepra, psoriasis, pitiriasis.—3.er género.—*Erupciones específicas agudas:* Sarampion, alfombrilla, escarlatina, viruela, vacuna, varicela, miliar.—4.° género.—*Erupciones específicas crónicas:* Sifílides.

»II grupo.—Lesion de secreciones.—1.er género.—*Lesiones de la secrecion foliculosa:* Acné, favus.—2.° género.—*Lesiones de la secrecion de la materia epidérmica:* Ictiosis, producciones córneas, pe-

(1) Cazenave ha modificado despues la clasificacion que se encuentra en su Compendio.

(2) Chaussit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. 22.

lagra.—3.er género.—*Lesiones de la secrecion de la materia colorante*: *Decoloraciones:* Albinismo, vitiglio. *Coloraciones:* Tinte bronceado, efélides, nevi-pigmentario.

»III grupo.—Hipertrofia, desarrollo anormal de las partes afectas.—Elefantiásis de los árabes, frambuesa.

»IV grupo.—Degeneraciones, tendencia á la destruccion de las partes afectas.—Elefantiásis de los griegos, boton de Alepo, keloides, lupus.

»V grupo.—Enfermedades hemorrágicas, enfermedades caracterizadas por la presencia de la sangre mas ó menos alterada fuera de los vasos que deben contenerla.

»VI grupo.—Lesiones de sensibilidad de la piel. Hiperestesia, prurito, prúrigo, líquen.

»VII grupo.—Cuerpos extraños.—Acarus, acarus de la sarna, pedículos, pulgas.

»VIII grupo.—Enfermedades de los anejos.—*Enfermedades de los pelos:* Alopecia, canicie. *Enfermedades de las uñas:* Onixis.»

Despues de esta clasificacion construida, segun el espíritu de la escuela de Willan, daremos la de Devergie. Este autor ha procurado agrupar las afecciones que tienen entre sí analogía de causas y en la terapéutica; en otras circunstancias ha debido hacer intervenir, la forma, el producto, los diversos accidentes morbosos, y en fin, el orígen climatérico. Esta clasificacion comprende catorce grupos (1):

I grupo.—Eritema, urticaria, alfombrilla.

II grupo.—Eczema, herpes.

III grupo.—Pénfigo, ectima, caquecticum, rupia, púrpura, escorbuto.

IV grupo.—Impétigo, ectima, sicosis, acné y cuprosis.

V grupo.—Líquen, prurigo, strofulus.

VI grupo.—Pitiriasis, psoriasis, lepra vulgar, ictiosis.

VII grupo.—Tiña, herpes tonsurante, *porrigo de calvans*, sicosis, herpes circinato, pitiriasis versicolor, plica.

VIII grupo.—Sarna.—Enfermedades pediculares.—Acné puntata.

IX grupo.—Lupus, escrofulo-sifílides.

X grupo.—Sifílides.

XI grupo.—Pelagra, lepras, boton de Alepo, pian, keloides, moluscum

XII grupo.—Producciones anormales y accidentes de la piel.

XIII grupo.—Enfermedades de las uñas.

XIV grupo.—Enfermedades que afectan los cabellos, particularmente en el niño y en la mujer.—Enfermedades de algunas regiones del cuerpo.

Siguiendo un método diferente del que dictó las anteriores clasi-

(1) A. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 3.ª edicion, p. 68. Paris, 1863.

ficaciones y aproximándose mas bien á la via trazada por Alibert, ha presentado Hardy (1) la clasificacion siguiente de las enfermedades de la piel:

1.ª clase.—*Manchas, deformidades.*—Lesiones de coloracion, manchas, pecas, efélides, vitiglio, lentigo, ciertos tumores, verrugas, moluscum; ictiosis, kelóides.

2.ª clase.—*Inflamaciones locales* sin ninguna relacion con cualquier estado general, acompañadas á veces en su principio de movimiento febril poco intenso y con frecuencia efímero; eritema, urticaria, ectima, pénfigo, etc.

3.ª clase.—*Enfermedades parasitarias* debidas á la presencia de un parásito animal (sarna, pediculi) ó vegetal (sicosis, herpes circinato, favus).

4.ª clase.—*Fiebres eruptivas.*—Escarlatina, sarampion, viruela, etc.

5.ª clase.—*Erupciones sintomáticas.*—Herpes labialis, manchas rosadas lenticulares, sudamina, púrpura.

6.ª clase:—*Empeines,* eczema é impétigo, psoriasis, líquen, pitiriasis.

7.ª clase.—*Escrofúlides.*

8.ª clase.—*Sifílides.*

9.ª clase.—*Cáncer.*

10.ª clase.—*Enfermedades exóticas* (lepra tuberculosa, pian, etc.).

Viene por último la clasificacion de Bazin, que, segun su mismo autor, se funda en el conocimiento de la enfermedad.

1.° Deformidades congénitas ó adquiridas.—Nevi, ictiosis, vitiglio congénito ó adquirido.

2.° Afecciones cutáneas de causa externa.—A. *mecánicas;* heridas, desgarraduras, quemaduras, equimosis.

B. *Artificiales.*—Directas, indirectas ó patogenésicas.

C. *Parasitarias.*—Fito-dérmicas, zoodérmicas.

3.° Afecciones cutáneas de causa interna.—A. *Erupciones pestilenciales;* antrax maligno, carbunclo.

B. *Erupciones febriles.*—Manchas rosadas lenticulares, sudamina, miliar febril.

C. *Erupciones exantemáticas.*—Sarampion, escarlatina, viruela, variolóide, varicela.

D. *Erupciones pseudo-exantemáticas.*—Alfombrilla, urticaria, pitiriasis rubra aguda, pénfigo agudo ó fiebre vexiculosa, herpes flictenóides, zona.

E. *Flegmasías.*—Erisipela.

F. *Hemorragias.*—Púrpura.

G. *Erupciones propias de enfermedades constitucionales (impeti-*

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, publicadas por Moysant. París, 1860.

ginosas de Franck).—*a*. Escrofúlides; *b*, sifílides; *c*, herpétides; *d*, artrítides; *e*, erupciones escorbúticas; *f*, erupciones pelagrosas (1).

H. *Erupciones diatésicas.*—Epitelioma, carcinoma, cancróide, mycosis, etc.

Las diversas clasificaciones que acabamos de resumir, y algunas otras que seria muy largo reproducir, tienen, como todas las clasificaciones, sus ventajas ó inconvenientes. No seguiremos ninguna. Para gran número de enfermedades de la piel, seguiremos el órden con que las presenta Valleix siguiendo á Willan; esta clasificacion está fundada en el aspecto exterior de las lesiones elementales, y por consiguiente correspondiendo bajo este concepto á las necesidades del diagnóstico. No es irreprochable seguramente puesto que en este sentido una enfermedad colocada al lado del herpes, porque en un principio presente vexículas, deberá colocarse si se estudia en otra fase de su desarrollo al lado del impétigo cuando se presenten costras mas ó menos gruesas. No procurando disimular lo que tiene de defectuoso esta agrupacion de las enfermedades de la piel la conservaremos, sin embargo, como correspondiendo mejor á las necesidades de la práctica; solo al tratar de cada una de las enfermedades cutáneas, insistiremos en las dificultades del diagnóstico en sus diversas fases, y sobre todo dadas ciertas disposiciones que las formas elementales de la erupcion pueden presentarse cuando haya que investigar la naturaleza misma de la causa. Aparece la necesidad de formar un grupo de enfermedades fundado sobre la etiología, en razon de la inmensa influencia que su conocimiento ejerce en la terapéutica. Este grupo es el de las enfermedades parasitarias, basado sobre los trabajos modernos, que si se separan perderian gran parte de su interés; del mismo modo podríamos describir aparte el grupo de *escrofúlides*, y el de las *sifílides*, el de las *artrítides*, del de las *herpétides*, las erupciones herpéticas, los *leproides*, las *erupciones pelagrosas*, etc.; pero el estudio de los dos grupos primeros se ha hecho con mas utilidad de un modo general al tratar de las enfermedades constitucionales (tomo I, ESCRÓFULA y SÍFILIS), y no tenemos necesidad de repetirlo. Solo insistiremos sobre el diagnóstico en cada una de las formas eruptivas elementales, y en estas mismas descripciones las erupciones artríticas y herpéticas ocuparon extenso espacio.

Estudiaremos en un grupo aparte las *coloraciones anormales* y las *deformidades de la piel*, y en el último capítulo trataremos de la púrpura y la *hematidrosis*, enfermedades que, aunque dependientes de una alteracion profunda de la economía en general, presentan, sin

(1) Cuando Bazin publicó está clasificacion indicó ya la modificacion que podia sufrir en el caso que se confirmasen las investigaciones de Costallat; la pelagra podria reconocerse como producida por un parásito análogo al del cornezuelo de centeno. El sitio de las enfermedades pelagrosas estaria entonces, dice, «en las afecciones artificiales indirectas ó patogenésicas.» (Bazin, *Leçons sur les affections cutanés de nature arthritique et dartreuse*. Paris, 1860, p. 21 y 22.)

embargo, por el aparato tegumentario una predileccion sintomática muy manifiesta.

Describiremos, pues, las enfermedades de la piel en el órden en que las presenta el siguiente cuadro:

1.° RUBICUNDECES EN PLACAS, CONGESTIVAS Ó INFLAMATORIAS.—Eritema, erisipela, urticaria.

2.° VEXÍCULAS.—Herpes, eczema.

3.° PÚSTULAS.—Impétigo, sicosis, acné, ectima, forúnculo.

4.° FLICTENAS.—Pénfigo, rupia.

5.° PÁPULAS.—Líquen, strofulus, prúrigo.

6.° ESCAMAS.—Psoriasis, pitiriasis.

7.° TUBÉRCULOS.—Lupus, boton de Alepo.

8.° ENFERMEDADES PARASITARIAS.—A. *Zoodérmicas.*—Sarna, enfermedad pedicular.—B. *Fito-dérmicas* (tiñas).—Favus, tricofitia tonsurante.

9.° DEFORMIDADES COLORACIONES ANORMALES.—Esclerodermia (*esclerema de los adultos*), ictiosis, kelóides, nevi, moluscum, frambuesa, efélides, vitiglio, lentigo, cromidrosis.

10.° ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS.—Púrpura, hematidrosis.

En cuanto á la *elefantiásis de los árabes* y á la *de los griegos*, que en las ediciones anteriores se describian entre las enfermedades de la piel, se colocarán en su apéndice al final de este libro.

En fin, las erupciones de la *pelagra* y las de la *acrodinia* tendrán su lugar en el capítulo de las INTOXICACIONES DUDOSAS, en el que se describirán estas enfermedades.

CAPÍTULO PRIMERO.

Rubicundeces en placas, congestivas ó inflamatorias.

ARTÍCULO PRIMERO.

ERITEMA.

§ I.—Definicion, sinonimia, frecuencia.

Se designa con el nombre genérico de *eritema* una afeccion cutánea frecuentemente observada, caracterizada en su período de estado por manchas congestivas rosadas ó rojas, anchas, que producen picores pronunciados y terminan por resolucion, presentando ó no ligera descamacion (Bazin).

§ II.—Causas.

El estudio de las causas de las diferencias de naturaleza del eritema domina toda su historia, no solo bajo el punto de vista de las clasificaciones, sino y sobre todo bajo el de la práctica, que es en el que principalmente debemos considerarla.

Reconoceremos en el eritema dos grupos de causas, unas externas, otras internas. Esta diferencia en el orígen de la afeccion cutánea se manifiesta tambien con frecuencia en los caractéres físicos de la erupcion, y tambien á menudo por la concomitancia de algunos fenómenos particulares.

Causas externas.—1.° Unas obran directamente en el exterior: frote repetido de dos superficies contiguas del cuerpo, sobre todo en los niños y en las personas mas ó menos gruesas;—accion del frio;—accion del calórico, solo ó combinado con una luz viva, como la producida por la electricidad (1);—contacto de flores blancas, de flujos gonorréicos y disentéricos, orinas y materias fecales; contacto del flúido acre, que en la coriza sale de las narices sobre el labio superior (Cazenave y Schedel);—contacto de sustancias irritantes extrañas á la economía, existencia de parásitos vegetales (Bazin).—2.° Otras causas externas obran indirectamente: ingestion de sustancias irritantes,—administracion del bálsamo de copaiba (?).

Causas internas.—El eritema de causa interna ó sintomático, se observa con frecuencia en los niños en la época de la denticion, y en las mujeres en las evacuaciones menstruales, en la edad crítica (Valleix), al principio de una enfermedad febril, en el estado puerperal.—El eritema puede, por último, ser considerado como una de las manifestaciones de la escrófula (Bazin, Hardy), de la sifílis (Devergie), y de la artritis (Bazin).

§ III.—Síntomas.

Describiremos primero el *eritema simple*, que reconoce como causa evidente una de las del primer grupo; en cuanto á las demas especies ó variedades de eritema que presentan caractéres particulares, diremos solo algunas palabras, así como de las opiniones relativas á su naturaleza.

1.° *Eritema simple.*—Es raro ver el eritema precedido de *síntomas* generales. Cuando estos se hallan, consisten en un malestar general, una ligera anorexia y un poco de laxitud.

Está formado por *manchas* de una extension muy variable é irregulares. Estas manchas son de color *rojo* algo vivo, muy superficia-

(1) Charcot, *De l'érythème produit par la lumière électrique (Comptes rendus des séances de la Soc. de biologie*, 2.ª série, t. V, p. 68).

les, y *desaparecen bajo la presion* del dedo para reproducirse inmediatamente despues.

El límite de estas manchas no es tan distinto como el de la erisipela; por el contrario, las mas veces la rubicundez eritematosa se pierde insensiblemente hácia los puntos de la piel que han conservado su color normal.

En el punto ocupado por estas manchas hay un *calor* algo mas vivo que en los puntos que han quedado sanos, lo cual debe entenderse principalmente de la sensacion que experimenta el enfermo. El *dolor* es casi siempre muy poco vivo, reduciéndose á una ligera sensacion de *escozor* que por momentos se hace mas fuerte. El dolor se aumenta expecialmente cuando las partes están expuestas á un calor vivo.

Se han visto á veces, como se observa á consecuencia de fricciones mercuriales, placas eritematosas cubrirse de vexículas ó de pústulas que se rompen despues de pocos dias, y se disecan en costras ligeras (*eritema vexiculo-pustuloso* de Hardy) (1).

Se ha descrito bajo el nombre de *intértrigo* el eritema que resulta del roce de dos superficies contiguas, y que en semejante caso existe algunas veces una exudacion serosopurulenta de olor fastidioso; que el *eritema fugaz* es el que se manifiesta y desaparece prontamente en el curso de un movimiento febril contínuo ó intermitente; que el *eritema centrífugo*, variedad rara descrita por Biett, es notable por la elevacion de las placas y su rubicundez alrededor, y tambien por su principio, porque empieza por un punto papuloso que toma un incremento excéntrico.

En cuanto al *eritema pelagroso* y *acrodínico*, se estudiarán al tratar de los dos estados patológicos que los determinan.

2.° *Eritema circinado y marginado.*—Estas dos variedades están caracterizadas por placas que forman círculos cuyo centro está completamente sano. Las placas ó manchas son rojas, violadas ó viscosas, circunscritas por bordes marcados que se elevan de las partes inmediatas *(E. marginado)*, y otras veces no forman ninguna eminencia *(E. circinado)*

3.° *Eritema papuloso.*—Este eritema está formado por *placas* de pequeña extension, ligeramente prominentes y semejantes á pápulas. Las placas son al principio rojas, pero al momento se ponen violadas, como todas las plantas inflamadas en las que la inflamacion se termina por resolucion. Por lo demás, no tarda en disminuir la tumefaccion que constituye estas placas, porque es raro que dure mas de dos dias, y el eritema está entonces reducido á la simple rubicundez.

4.° *Eritema tuberculoso. (Erythema tuberculatum* de Willan.)—

(1) Follin, *Traité de pathologie externe*, t. II, 1.ª parte, p. 3. Paris, 1863.—Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2.ª parte, p. 27. Paris, 1863.

Esta variedad no se diferencia de la precedente sino en la persistencia de las placas, las cuales se ponen mas prominentes, siendo esta la causa de que se las haya comparado á los tubérculos de la piel.

5.° *Eritema nudoso.*—Esta variedad, que se manifiesta principalmente en la parte anterior de la pierna y ataca expecialmente á los niños, á las mujeres y á los sugetos de constitucion débil, va mucho mas frecuentemente precedida que todas las demás de síntomas generales (sed, anorexia, ligero movimiento febril).

Las manchas son un poco elevadas hácia el centro, y su extension varía en latitud desde uno á tres centímetros de diámetro. Estas manchas se convierten al cabo de algunos dias en verdaderos tumorcitos de color rojo oscuro y dolorosos. El color no tarda en ponerse azulado, los tumorcitos se reblandecen, y al cabo de diez á quince dias han desaparecido.

Esta variedad, bastante comun, está á veces caracterizada por rasgos mas acentuados, adquiriendo la importancia de una pequeña enfermedad. Algunas alteraciones digestivas y un ligero movimiento febril preceden á su aparicion, despues sienten los enfermos dolores en los lomos, y aparece en los miembros la erupcion característica. Esta erupcion, no solo está limitada, á las piernas como dicen algunos autores, la hemos visto muchas veces en los brazos, en las partes laterales del tronco y aun en la cara. Consiste en un encarnado ligero, superficial, generalmente dispuesto en placas redondeadas que cubren diversas partes de los miembros. Los dolores persisten durante la erupcion y afectan por su movilidad gran semejanza con el reumatismo, y de aquí el nombre de *eritema reumático* que le dieron los autores antiguos. En estos casos hay una dureza que puede durar hasta seis semanas ó dos meses. No es raro el observar que acompañan á esta lesion alteraciones digestivas, como la saburra gástrica y la ictericia.

Schœnlein (de Berlin) ha descrito con el nombre de *pelioses reumática* una erupcion caracterizada por pequeñas manchas rojas, persistentes, situadas por lo comun alrededor de las articulaciones de los miembros inferiores, y acompañadas de dolores en las mismas, sin alteracion apreciable del estado general. F. Duriau y Maximino Legrand (1) han demostrado fácilmente que esta afeccion no es de modo alguno desconocida, y que es idéntica á la erupcion indicada mucho tiempo hace por los médicos franceses é ingleses con el nombre de *eritema nudoso* ó *reumático* (Racle).

«El eritema nudoso puede presentar el aspecto crónico á consecuencia de erupciones repetidas sufridas durante algunos meses, y aun uno ó dos años. En este estado crónico se ha visto á veces los tumores nudosos de las piernas estenderse, reblandecerse y ulcerar-

(1) Duriau y Maximino Legrand, *De la péliose rhumatismale (Revue médicale*, 1858).

se; estas ulceraciones son redondeadas, cortadas á pico y de fondo agrisado, simulan las úlceras sifilíticas. La atenta observacion del enfermo, la existencia de tumores nudosos no ulcerados, la apreciacion de los antecedentes, evitarán el error. Este estado de cronicidad del eritema con ó sin ulceracion parece referirse á una afeccion escrofulosa que da el aspecto insólito á la enfermedad.» (Hardy). Trousseau duda, sin embargo, de considerar las formas extrañas descritas por Hardy, como la misma enfermedad exantema nudoso (1).

Tales son las variedades y especies principalmente del eritema casi generalmente admitidas; en cuanto á su naturaleza, se discute aun, y si se está conforme en considerar al exantema nudoso como ligado á la existencia del reumatismo (Rayer, Schœnlein), no participan todos los autores de la opinion que considera los eritemas marginados, papulo-tuberculosos, nudosos, y en ciertos casos tambien el eritema circinado y el intértrigo como afecciones artríticas.—El *eritema circinado artrítico* de Bazin será precedido ó acompañado de bronquitis, laringitis, equimosis subconjuntival; además su aparicion simultánea en las manos y en la cara acabarian de distinguirla del eritema *circinado parasitorio*, en el que no se observan los diversos grupos sino sucesivamente, pues que la germinacion vegetal necesita cierto tiempo para desarrollarse.

Tambien mencionaremos el eritema *pernio*, el eritema *indurado*, y los eritemas *liso* y *paratrimo*.

6.° *Eritema pernio* ó *sabañon*, consiste en una coloracion encarnada, violada, con tumefaccion de los dedos y de las falanges, terminándose por resolucion ó por ulceracion. Se considera en general este eritema como artificialmente producido por el frio; sin embargo, Devergie le coloca entre los eritemas sintomáticos de una causa general mal conocida, y en los casos en que los sabañones persisten durante todo el invierno, ó aun le prolongan en el verano, se debe considerarlos hasta cierto punto como escrófula (Bazin, Hardy).

7.° *Eritema indurado.*—Es una afeccion exclusivamente escrofulosa, caracterizada por placas anchas cuya coloracion es igual en todos los puntos, la induracion es sensiblemente igual, y no determina dolor bajo la presion de los dedos (Bazin).

8.° En cuanto á los eritemas *liso* y *paratrimo*, que se producen mecánicamente, deben considerarse como secundarios, en atencion á que sobrevienen como complicaciones de otra enfermedad: en el anasarca, por ejemplo, cuando el tegumento está considerablemente distendido, entonces, en una época mas ó menos avanzada, se observa por debajo de la superficie eritematosa la gangrena de la capa profunda del dermis y del tejido celular. El *eritema paratrimo* aparece expecialmente en los puntos declives, y recientemente O. Larcher

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 290. Paris, 1861.— Véase tambien L. Odier, *Gazette médicale de Paris*, p. 738, 3.ª serie, tomo XX, año 1865.

le ha observado en varios puntos de uno de los miembros inferiores de una recien parida.

El *diagnóstico* del eritema no me parece de bastante importancia para que insistamos en él. En efecto, ya veremos mas adelante que la *erisipela*, la *urticaria*, etc. se diferencian esencialmente de esta enfermedad, para lo cual no habrá mas que comparar las descripciones.

El *tratamiento* de esta afeccion es bien sencillo. En el *eritema simple* bastan algunas *lociones emolientes*, *baños tibios* y *bebidas refrigerantes*. Si se trata del intértrigo debido al roce de dos superficies contiguas, es necesario, y es una práctica vulgar, expolvorear las partes con polvos absorbentes, tales como el de *licopodio*, de *carcoma* ó de *almidon*.

«Los eritemas ó rubicundeces morbosas que aparecen con frecuencia, dice Cazenave, en las mujeres en la época crítica, que coinciden con un retardo ó una supresion del flujo menstrual, reclaman el uso de las emisiones sanguíneas, de los diluentes, un régimen suave y medios aplicables á un estado pletórico.»

En fin, en los casos en que el eritema parece relacionarse con una artritis ó con la escrófula, se debe independientemente del tratamiento local anteriormente indicado, recurrir á una medicacion general apropiada, es decir, al uso de los alcalinos ó de los antimoniales, en el primer caso; y del hierro, del iodo, etc., en el segundo.

ARTÍCULO II.

ERISIPELA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia

La erisipela es la inflamacion de la piel (erisipela simple), que se extiende á veces al tejido celular subcutáneo (erisipela flemonosa), partiendo ordinariamente de un punto central para extenderse á las partes inmediatas (erisipela fija), á veces serpenteando, por decirlo así, sobre la superficie cutánea, é invadiendo sucesivamente una gran extension del cuerpo (erisipela ambulante). Basta esta simple definicion, y me parece inútil añadir los principales caractéres sintomáticos de la afeccion.

La erisipela ha recibido muchos nombres, y así se la ha llamado *ignis sacer*, *febris erisipelatosa*, *rosa*, *fuego de San Anton*, *mal de los ardientes*, *fuego sagrado;* pero el nombre generalmente admitido en la actualidad es el de *erisipela*.

La erisipela es una enfermedad bastante comun, y ya veremos mas adelante cuáles son las partes que generalmente están mas frecuente atacadas, y cuáles son las formas que se observan mas comunmente.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Las noticias que encontramos en la ciencia acerca de la influencia de la *edad* son bastante vagas. Sin embargo, en general se puede decir que las diversas partes del cuerpo no están igualmente expuestas á la erisipela en las diferentes edades. En los recien nacidos la erisipela se presenta principalmente en el abdómen, en los adultos en la cara, y en los ancianos en los miembros, con especialidad en los inferiores.

Sexo.—Las mujeres están algo mas predispuestas á la erisipela que los hombres, y esto es lo que resulta de los datos estadísticos de Louis, Chomel y Blache.

Se observan con frecuencia erisipelas enlazadas periódicamente con la aparicion del flujo menstrual. Follin (1) indica estos casos, así como J. Franck y otros muchos autores. Béhier refiere dos casos, uno análogo á los que referimos, y el segundo perteneciente á una señora llegada á la edad de la menospausia que presentaba exactamente en las épocas correspondientes, á la ya desaparecida menstruacion, erisipelas de la cara (2).

Climas, estaciones.—Este es tambien un punto sobre el cual tampoco tenemos datos exactos. Se cree que la erisipela es mas frecuente en los climas cálidos, y en cuanto á las estaciones, Chomel y Blache dicen que la primavera y el otoño favorecen el desarrollo de la erisipela.

La *alimentacion* excitante y el *abuso de las bebidas alcohólicas* serian, segun algunos autores, condiciones que favorecen la produccion de esta enfermedad; pero nada de esto se halla probado.

Constitucion médica.—Una multitud de hechos nos enseñan que en ciertas épocas son muy frecuentes las erisipelas. Entonces la menor lesion en la cubierta cutánea es la causa determinante de una erisipela, hasta un punto tal que los cirujanos no se atreven á emprender la operacion mas sencilla. ¿Qué hay en el estado de la atmósfera que pueda explicar esta gran frecuencia de la erisipela? Hasta ahora no se ha podido saber.

Herencia.—Se han referido hechos que parecen probar, que en ciertas familias la erisipela se desarrolla espontáneamente con mucha facilidad, y tambien por la influencia de la causa mas leve; pero aun no estamos bien fijos en este punto. Lo que hay de cierto es que algunas personas se hallan particularmente predispuestas á la erisipela y son frecuentemente atacadas de ella; así es que se ven algunos que sin causa conocida tienen una ó dos veces al año una erisipela de la cara.

(1) Follin *Traité de pathologie externe*, t. II, parte I, p. 16. Paris, 1863.
(2) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 27 y 28. Paris, 1864.

Estado de salud.—El estado de salud de los individuos merece una mencion particular, no solo porque la erisipela se produce con gran facilidad en sugetos ya mas ó menos gravemente enfermos, sino tambien porque cuando la salud se halla alterada, la erisipela es de mayor gravedad. Así ha podido decir Louis que cuando la erisipela de la cara recae en sugeto sano y robusto, se termina siempre por la curacion, siendo así, que en condiciones opuestas puede ocasionar la muerte. En efecto, en casos que no son muy raros se ve una erisipela, y sobre todo una erisipela ambulante, venir hácia el fin de las enfermedades crónicas á acelerar la muerte de los enfermos.

Ciertos estados patológicos forman excepcion de la regla que Louis ha querido establecer. Así es que, segun Bazin, la erisipela, «es una de las mas comunes complicaciones de la escrófula; pero que lejos de agravar la enfermedad parece imprimirla mas bien una solucion favorable (1).» Hardy, que reconoce tambien que las escrófulas van con frecuencia acompañadas de erisipela, dice «que á consecuencia de esta enfermedad intercurrente, se ve con frecuencia una modificacion ventajosa en la escrófula cutánea, y á veces su curacion (2).» Hillairet y O. Larcher han tenido ocasion de observar la benignidad de las erisipelas, no solo en los casos particulares de enfermos afectados de escrofúlides, sino tambien de un modo general en todos los que padecen afecciones crónicas de la piel (3).

2.° *Causas ocasionales.*—Acabamos de ver cuán grande es la parte de la predisposicion en la produccion de la erisipela; esta es tal que, segun muchos autores, la accion de las causas externas nunca es bastante por sí sola para producir esta enfermedad, y es difícil no participar de esta opinion, á pesar de que en algunos casos excepcionales la erisipela haya parecido determinar por sí misma una irritacion viva y prolongada de la piel.

Ya sabemos que ciertas *lesiones* son favorables á la produccion de esta enfermedad: tales son el edema, la elefantiásis de los árabes, las úlceras, las varices, etc. Parece que ciertas *operaciones* deben incluirse mas que otras entre las causas determinantes, y son principalmente las que se practican en la cara. Es sabido que la erisipela abdominal de los recien nacidos es con frecuencia ocasionada por la *inflamacion de la vena umbilical.*

La misma influencia se ha atribuido á la *alimentacion*, *irritacion* ó á *alimentos particulares*. Efectivamente, se han citado hechos curiosos, en los que el uso de ciertos alimentos producia la erisipela; pero estos son resultados de una idiosincrasia en que no nos debemos detener.

(1) Bazin, *Leçons sur la scrofule*, p. 112, 2.ª edicion. Paris, 1861.

(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1.ª parte, p. 137, 2.ª edicion. Paris, 1860.

(3) O. Larcher, *Des lésions de la peau dans leurs rapports avec d'autres états morbides.*

Los datos que tenemos acerca de la influencia de las *emociones morales* y de las *impresiones atmosféricas* no son muy exactos. Se han referido casos en los que se han advertido estas causas, pero son raros y poco importantes para nosotros.

Los *agentes irritantes* aplicados sobre la piel, las *fricciones*, los *golpes*, las *heridas*, etc., son con bastante frecuencia seguidos de erisipela; pero cuando se trata de estas causas es cuando se debe invocar esta predisposicion de que hemos hablado antes. En efecto, se ven ciertos sugetos en los que se produce una erisipela á consecuencia de una lesion que se ha tenido ocasion de observar centenares de veces en otros, sin que sobrevenga semejante accidente.

En cuanto al valor del *contagio*, como causa de la erisipela se ha reservado esta expresion para determinar la *trasmision por contacto directo*, una observacion presentada por Cl. Ollivier, de Angers (1), tiende á demostrarlo. Pero si se considera solamente el *contagio á distancia*, para evitar toda confusion se empleará como sinónima la palabra *infeccion*. Ch. Martin deduce de las observaciones numerosas recogidas en su tésis: «que hay casos en que un solo individuo atacado de erisipela bastó para constituir un foco de infeccion, trasmitiendo la enfermedad á las personas colocadas mas ó menos á su inmediacion (2).» La erisipela en semejante caso será comunicada por la exhalacion de miasmas volátiles especiales (3). El contagio parece resultar de condiciones individuales especiales, y en la ignorancia de cuándo existen estas condiciones, aconseja la prudencia obrar siempre como si la erisipela fuese contagiosa, favoreciendo la aereacion y tomando todas las medidas higiénicas posibles (Gosselin).

Segun J. Guérin, en la cuestion de contagio es menester no confundir entre sí todas las erisipelas, es necesario ver en la erisipela contagiosa una expecie de enfermedad particular que toma la forma erisipelatosa, pero que no es la misma erisipela (4).

Relativamente á la trasmision por *inoculacion*, Ch. Martin (5) cita (pero con duda) dos casos cuya autenticidad no garantiza, y otro comunicado por Chalvet en los que se practicó la inoculacion á un perro. Para completar los datos de una cuestion tan poco conocida referiremos una cita tomada de Willian: «Cuando el líquido contenido en las vexículas de la erisipela, dice este autor, se inocula al

(1) Cl. Ollivier (d'Angers), *Revue médico-chirurgicale de Paris*, por Malgaigne, 1847, t. I, p. 243.

(2) Ch. Martin, *De la contagion dans l'érysipèle*, tésis inaugural, p. 140. Paris, 1864.

(3) Gosselin, *Rapport sur un travail* de Blin (de Saint-Quentin), *Note sur la contagion de l'érysipèle* (*Bulletin de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1865, t. XXX, p. 909 y siguientes).

(4) J. Guérin, *Discussion sur la contagion de l'érysipèle* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 920).

(5) Ch. Martin, *loc. cit.*, p. 140 y 141.

brazo, se produce inflamacion difusa, tumefaccion y cierto grado de fiebre.»

§ III.—Síntomas.

1.° *Erisipela simple.*—La erisipela simple es la que se debe estudiar como tipo.

Invasion.—La erisipela empieza tan pronto por síntomas locales, como por síntomas generales mas ó menos intensos, que pueden durar veinticuatro horas y mas. En el primer caso abren la escena la rubicundez y una sensacion de calor dolorosa; en el segundo hay escalofrios, horripilaciones, sed, anorexia, laxitudes espontáneas, aceleracion del pulso, en una palabra, los síntomas que anuncian que va á desarrollarse una flegmasía bastante intensa, sin que se pueda decir cuál será el sitio que ocupará.

Ya veremos mas adelante que los gánglios linfáticos, adonde se dirigen los vasos linfáticos de la parte afectada, presentan á veces una tumefaccion dolorosa. Pero esta tumefaccion existe en algunos casos antes de la rubicundez erisipelatosa; esto es lo que se observa particularmente en los gánglios submaxilares, en los sugetos afectados de erisipela de la cara, lo que ha permitido á Chomel anunciar la aparicion de una erisipela facial cuando nada podia hacerlo preveer en el estado de la piel de la cara. Pero este es un conjunto sobre el cual ya volveremos á hablar mas adelante. Sabido es que para Velpeau la adenitis submaxilar no precede á una erisipela que va á aparecer, pero indica que la erisipela ha nacido, aunque invisible.

Ad. Gubler, y despues J. Ciure, han demostrado que, cuando la tumefaccion de los gánglios submaxilares aparece antes que todo indicio de erisipela en la piel, es sintomática de una erisipela de la faringe, la que solo se extiende á la cara; lo que confirma completamente la opinion de Velpeau.

Síntomas.—El *dolor* consiste primero en una sensacion de calor acre, que está acompañado algunas veces de un prurito desagradable. Bien pronto, aumentándose los demás síntomas, este calor se hace abrasador, y hay una sensacion de escozor acompañada de tension. Este dolor es contínuo; pero muchas veces sobrevienen exacerbaciones principalmente por la tarde, y basta para exacerbarle el mas ligero contacto. En algunos casos el dolor es medianamente vivo.

La *rubicundez* varía del color rosa claro al rojo subido; este último se observa principalmente en una época bastante avanzada de la enfermedad.

Además de la sensacion del calor experimentado por el enfermo, se advierte un *aumento de la calorificacion* en las partes enfermas; pero examinadas estas partes con el termómetro apenas dan dos ó tres grados mas que las partes sanas, aunque la sensacion de calor parezca indicar un aumento mucho mayor.

La piel inflamada *se aumenta de volúmen*; las partes están hinchadas y tirantes; pero donde más se nota el aumento de espesor de la piel es en los límites de la erisipela. Efectivamente, en este punto la piel afectada forma una prominencia que es fácil de conocer pasando el dedo de las partes sanas á las enfermas, pues entonces se percibe un rodete mas ó menos marcado, segun los casos. Esta exploracion sirve tambien para conocer el aumento de consistencia de la parte enferma. La piel sana está suave y flexible al tacto, y al contrario, la enferma resistente y algo áspera.

Esta última sensacion proviene del aumento de volúmen de las papilas del dermis, que forman en la superficie del tegumento pequeñas *granulaciones* visibles á simple vista, fenómeno que importa mucho reconocer, y que se puede comparar á las granulaciones que aparecen en la superficie de las membranas mucosas inflamadas.

Además de este engrosamiento de la piel hay tambien ordinariamente un estado de *tension* de los tejidos subyacentes, que sin duda es debido al flujo de los líquidos hácia las partes inflamadas, y que aumenta la hinchazon. Cuando es mas considerable este aflujo de líquidos, se produce un estado edematoso que se nota mas principalmente en las partes en que es mas flojo el tejido celular, como por ejemplo, en los párpados. Esto es precisamente lo que se debe llamar *erisipela edematosa*, porque la erisipela que se manifiesta en una parte afectada, el edema no merece realmente este nombre.

De la hinchazon y del dolor resulta necesariamente una dificultad marcada en las funciones de las partes externas. Los *movimientos* son difíciles y producen dolores mas ó menos vivos; las aberturas se obstruyen; así, pues, es difícil el paso del aire por las narices, los ojos están cerrados por el edema de los párpados, los miembros se doblan difícilmente, etc. Además las funciones de la piel están suspendidas, y no puede ya verificarse la traspiracion cutánea.

Los *síntomas generales* que acompañan á estos fenómenos son con frecuencia muy intensos. Así, pues, se observa un aumento considerable del calor general, especialmente durante la noche. El pulso es frecuente, lleno y fuerte, y puede presentar hasta 120 pulsaciones por minuto y aun mas; hay cefalalgia, ansiedad y agitacion por la noche, vigilia, ó por el contrario, soñolencia; la anorexia es completa, y los enfermos tienen á veces náuseas ó vómitos. En el abdómen nada se observa de notable, sino es una tendencia al extreñimiento.

Por lo demás, basta decir que estos síntomas varían mucho de intensidad.

Los síntomas generales remiten ordinariamente algo antes de que parezca disminuyen de intensidad los síntomas locales. El calor se aminora, el pulso pierde su fuerza y su frecuencia, y el enfermo siente un bienestar general. Despues la rubicundez adquiere un tinte parduzco, la hinchazon disminuye, la piel está menos tirante, y algo arrugada, y se produce una *descamacion* mas ó menos visible. En

efecto, algunas veces se desprenden anchas escamas, y otras solo un simple polvo blanco y seco. Se ha hablado de *descamacion general* del cuerpo á consecuencia de una erisipela circunscrita á una parte limitada, pero estos son casos enteramente excepcionales. Cuando se ha terminado la descamacion queda siempre durante un tiempo, por lo comun bastante largo, un color rojo moreno en los tejidos afectados, que se disipa muy poco á poco.

Tal es la descripcion de la erisipela en estado de simplicidad. Pero sin perder este carácter, esta enfermedad puede presentar algunos fenómenos accesorios de los que generalmente se han ocupado demasiado, y que basta mencionar. Así, pues, se ve algunas veces formarse en la parte inflamada verdaderas flictenas ó ampollas; secarse ó fluir el líquido que contienen por la rotura de la flictena, y producirse costras, esto es lo que se llama *erisipela flictenoides, ampollosa, costrosa y penfigoides*. Otras veces se forman vesículas mas ó menos pequeñas, que llenándose en algunos casos de un líquido purulento, tienen la forma de verdaderas pústulas. En semejante caso, se ha dado á la erisipela los nombres de *erisipela vesiculosa, eczematosa, pustulosa* y *miliar*.

Bien se ve que semejantes particularidades no merecen detenernos largo tiempo. Todo lo que importa decir es que por lo general, cuando ellas se presentan, la inflamacion cutánea tiene bastante intensidad, y los síntomas generales son mas violentos que en los casos en que no existen.

Algunas veces sucede que á consecuencia de la erisipela se forma en uno ó mas puntos de las partes inflamadas *abscesos* por lo comun poco considerables, que es necesario evacuar y que retardan la curacion. La formacion del pus es habitualmente la consecuencia de una viva inflamacion acompañada de síntomas generales intensos, y va ordinariamente precedida de una recrudescencia de los síntomas generales, y de horripilaciones; pero no es muy raro ver formarse estos abscesos en sugetos que han tenido un movimiento febril poco marcado, y en los cuales se forma el pus sin reaccion perceptible. Casi no es menester hacer notar la relacion que existe entre la erisipela seguida del absceso y la erisipela flemonosa de que vamos á hablar.

2.° *Erisipela flemonosa.*—Interesa mucho mas á la patología externa que á la patología interna, y solo mencionaremos sus particularidades mas notables.

Los *síntomas precursores* son constantes, son de la misma naturaleza que los precedentes, pero mas intensos. En efecto, en el punto que debe ser invadido por la erisipela se nota una tension y una pesadez mas ó menos marcadas.

La *rubicundez*, en vez de extenderse por igual, se extiende ordinariamente en *estrías*, que se observan principalmente á lo largo de los vasos linfáticos. Los *gánglios* inmediatos están muy hinchados y dolorosos; la hinchazon es mas considerable, y la consistencia de las

partes mayor que en la erisipela simple. El calor es mas intenso y el dolor mas vivo. Muchas veces se forman *flictenas* en la superficie enferma.

Mas tarde la tumefaccion se hace mas considerable, la consistencia es pastosa, y mas adelante todavía los tejidos se aplanan, la rubicundez disminuye y el dolor se hace mucho menor; y es que el pus empieza á formarse en el tejido celular.

En una época mas avanzada la *fluctuacion* se hace manifiesta, y se la reconoce en diferentes puntos separados por tejidos todavía endurecidos. Despues, acumulándose siempre el pus, la piel se despega y adelgaza, y se forman aberturas si no las ha hecho ya el instrumento del cirujano, y sale una gran cantidad de pus líquido agrisado ó pardusco fétido, que arrastra consigo muchas veces pedazos de tejido celular gangrenado.

Por último, se forman extensas escavaciones y la piel desprendida se arruga y mortifica. Si el mal no es bastante considerable para causar la muerte, se desprenden porciones de piel mortificada; de aquí resultan úlceras mas ó menos extensas que tardan mucho en cicatrizarse; otras porciones se vuelven á adherir con mas ó menos lentitud, y quedan con frecuencia cicatrices irregulares y profundas. Cuando la enfermedad es bastante intensa para causar la muerte, la supuracion es inagotable, y se forman algunas veces *abscesos metastáticos*.

Mientras se manifiestan estos síntomas locales, los *síntomas generales*, cuya intensidad es siempre considerable, siguen diferentes fases. Así, pues, antes de que se haya formado el pus, cuando la inflamacion está en toda su violencia, hay un movimiento febril considerable, agitacion, delirio, calor abrasador y pulso muy acelerado. Cuando se forma el pus se observan los fenómenos de la *supuracion*, tales como los escalofrios, las horripilaciones, la alteracion de las facciones, la postracion de fuerzas y las pulsaciones en las partes inflamadas. Cuando se ha formado ya, y es muy abundante la supuracion, se ven sobrevenir sudores profusos, diarrea colicuativa y síntomas de *fibre hética*. Por último, en ciertos casos se observan los síntomas generales de la *absorcion purulenta* (1).

Veamos ahora lo que conviene saber respecto al asiento de la erisipela, y para esto estudiemos esta enfermedad en los puntos en que presenta algunos caractéres notables.

a. Erisipela de la cara.—La erisipela de la cara es la que se presenta con mas frecuencia á la observacion.

Ordinariamente empieza por uno de los lados de la nariz, despues se extiende al otro, invade las mejillas y se dirige á la piel de la cabeza.

Siendo densas casi todas las partes que ocupa y de tejido apreta-

(1) Véase el artículo FLEBITIS, t. III.

do, el dolor es bastante vivo, á no ser que la inflamacion sea muy ligera. Los párpados se hinchan mucho cuando llega á ellos la inflamacion; los *ojos* están cerrados, y las lágrimas aglutinan los párpados. A veces la inflamacion se extiende al tejido celular de la órbita, produciéndose en ella abscesos.

Como la *oreja* tiene tejidos mas densos y mas apretados que las demás partes, se pone muy dolorosa y el conducto auditivo se halla obstruido por la hinchazon. Los labios se hinchan y se ponen muy gruesos, se abren con dificultad y sale por su comisura una saliva viscosa. El dolor es igualmente vivo en la *piel de la cabeza*.

El *estado glanuloso de la piel* es notable en los casos de erisipela de la cara. Lo mismo sucede en la descamacion que sobreviene cuando ha cedido la inflamacion.

La *cefalalgia* es generalmente considerable, sobre todo cuando la inflamacion ataca la piel de la cabeza.

Es frecuente observar entonces un delirio, sobre cuya causa no están de acuerdo los autores y del que nos ocuparemos al hablar de las *complicaciones*.

b. Erisipela de la piel de la cabeza.—Es raro que la erisipela empiece espontáneamente, es decir, sin lesion determinante en la piel de la cabeza, y mas raro todavía que se fije en esta parte. Sin embargo, se pueden observar casos de esta especie, y Chomel y Blanche dicen que uno de ellos ha tenido ocasion de ver algun ejemplo (1). Por nuestra parte nada mas sabemos de estos casos, que lo que han dicho los dos autores que acabamos de citar, lo que se puede reasumir así. Agitacion, insomnio, delirio pasajero, pastosidad, edema de la piel de la cabeza, casi ninguna rubicundez, imposibilidad del decúbito dorsal cuando la inflamacion se extiende al occipucio, dolor muy vivo, exasperado por el mas ligero contacto, formacion profunda del pus, desprendimiento del pericráneo, caries y necrosis de los huesos, y como síntomas generales, fiebre intensa, delirio violento, coma y convulsiones. Cuando se presentan estos síntomas es que ha sobrevenido una *meningitis*.

La inflamacion pasa algunas veces de los límites que acabamos de asignarla, y se extiende á las demás partes.

Tambien se ha descrito la *erisipela del tronco*, la *erisipela de las mamas*, de los *miembros* y de los *órganos genitales*; pero estas diversas variedades solo presentan algunas particularidades de poca importancia, de que es muy fácil formarse una idea.

Los autores han hablado tambien de la *erisipela general*, que no es de mayor interés, y de la cual basta decir que es muy grave, porque la erisipela es tanto mas peligrosa cuanto mayor es su extension.

c. Erisipela ambulante.—Esta erisipela no tiene otro carácter par-

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol, art. ERISIPELA.

ticular que el de dirigirse sucesivamente á todas las partes del cuerpo ó á mayor ó menor número de ellas. Ordinariamente empieza por una parte del tronco ó por la nuca, despues se dirige á los hombros, pecho, brazos, lomos, vientre y muslos. Sin embargo, su curso puede ser muy diferente, porque todo depende del punto de donde parte, y como esta erisipela puede ser ocasionada por una herida, por la aplicacion de un vejigatorio, etc., la inflamacion, partiendo del punto en que existen estas lesiones, se extiende de allí á las demás partes siguiendo una ruta diversa, segun los casos.

La erisipela ambulante es una en las que aun discuten los autores la cuestion de gravedad. Así, mientras que un número considerable la consideran como funesta, y creen que la muerte es su terminacion mas frecuente, otros médicos, y Béhier en particular, consideran la curacion como mas frecuente que la muerte. «Esta marcha ambulante de la enfermedad no es grave por sí misma, si en realidad puede ser mas peligrosa que la forma limitada y regular, solo es indirectamente por el largo tiempo que la persistencia del padecimiento imprime á la economía depresiones, abriendo las puertas á las complicaciones. Así es que en vez de atacar á la enfermedad misma, y su forma particular, deben dirigirse las indicaciones terapéuticas con la depresion de las fuerzas del enfermo (1).»

d. Erisipela de los recien nacidos.—Casi sin excepcion, los niños atacados de erisipela en los quince ó veinte dias de existencia, sucumben sin que ninguna medicacion pueda evitar tan fatal terminacion. Pasados estos primeros dias, y sobre todo los primeros meses de la vida extra-uterina, y con mas razon cuanto mas se alejan del estado fatal, tanto mas pierde la erisipela su gravedad. Cuando el niño enfermo tiene diez y ocho meses ó dos años, entra en la ley comun que rige á los adultos (2).» Trousseau no cree, sin embargo, que la gravedad dependa exclusivamente de la poca edad y escasa resistencia vital de los individuos. Segun él, depende de otro órden de causas que indicó tiempo hace, y que esclareció Pablo Lorain (3), en los que domina el estado puerperal. En esta edad hay en el recien nacido una herida umbilical, análoga á otra que presenta la madre; la primera, como la segunda, es una via abierta á la infeccion.... La erisipela del recien nacido es, pues, una afeccion ordinaria; la erisipela puerperal será que tendrá la excesiva gravedad de las afecciones puerperales. Esta gravedad depende menos de la poca resistencia del enfermo que de la misma naturaleza de la enfermedad. La *erisipela puerperal del recien nacido* principia generalmente, no por el ombligo, sino por el púbis; está caracterizado por rubicundez viva de la

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 28 y 29, Paris, 1864.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª edicion, Paris, 1865, t. I, página 175.

(3) Lorain, *Sur la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*, tésis inaugural, Paris, 1855.

piel, por la dureza y resistencia del tejido celular subyacente. Al mismo tiempo el niño cae con abatimiento pronunciado y sufre ó expresa dolor con sus gritos, y apenas se produce fiebre. Si está vigoroso y en buenas condiciones de salud, la enfermedad se limita á tres ó cuatro centímetros de extension, yendo acompañada solo de un ligero movimiento febril, sin alterar las funciones del enfermito, que mama como de ordinario. A pesar de tan benignas apariencias, puede producirse una manifiesta terminacion; al dia siguiente puede la erisipela haber ganado las partes inmediatas, desarrollándose despues de dos ó tres dias fiebre violenta, el niño se encuentra en agitacion excesiva, sucediendola el colapso que termina la escena al quinto, sesto ó setimo dia (1).»

La erisipela del recien nacido puede tambien depender de una inflamacion pura y simple del ombligo, por una ligadura aplicada intempestivamente, como lo ha indicado F. Hoffmann y que Thore (2) ha demostrado recientemente: se complica frecuentemente con *peritonitis*, segun las investigaciones de este último autor, presentando en su consecuencia caractères particulares muy importantes.

Este hecho habia sido ya observado por Baron (3); y Rayer (4) dice haber visto complicarse á veces esta erisipela con la inflamacion de la vena umbilical. Baron ha notado tambien, con alguna frecuencia, que la erisipela aparecia primero en la cara, extendiéndose despues á otras partes del cuerpo; Chomel y Blanche han visto hacerse punto de partida de la erisipela de los recien nacidos las pústulas de la vacuna (5).

La erisipela puerperal es una enfermedad bastante frecuente, bien conocida de todos los que están versados en las enfermedades de las puérperas. Recientemente, Hervieux la ha dedicado un estudio especial, del que tomamos los siguientes datos:

«La erisipela puerperal puede, como la ordinaria, revestir formas variadas: flictenoide, flemonosa y gangrenosa.—Puede afectar todas las partes del cuerpo, pero tiene con frecuencia por asiento la cara y los miembros; ya sea esporádica, ya epidémica, la erisipela puerperal reconoce dos especies de causas: locales y generales. Las locales son: para la erisipela de las nalgas, los loquios abundantes y fétidos, las escaras de la vulva, las ulceraciones critematosas y flictenosas de la cara y de la region sacra; para la erisipela de la cara y piel de la cabeza, el eczema, el impétigo de la nariz, de los labios, las orejas, etc., las oftalmías, las estomatitis, las anginas; para la erisipela de los miembros, la flebitis supurada ó las colecciones purulentas de

(1) Trousseau, *loc. cit.*, p. 178 y 179.
(2) Thore, *Archives générales de médecine.*
(3) Chomel y Blache, art. Érisypéle du *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XII, p. 230.
(4) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, 2.ª edicion, t. I, p. 154.
(5) Chomel y Blache, *loc. cit.*, p. 231.

estas partes. Las causas generales son la acumulacion de las puérperas, la infeccion y quizá el contagio.—La erisipela puerperal va á veces acompañada de síntomas generales graves, susceptibles de tomarse por una peritonitis ó la flebitis uterina con infeccion purulenta.—El pronóstico varía segun las formas y asiento de la erisipela, las complicaciones que presenta y las causas que la han provocado. Las formas flemonosas y gangrenosas son mas graves que las eritematosas y flictenosas. La erisipela limitada á la cara es la mas benigna de todas, la de las nalgas y miembros inferiores es generalmente mucho mas grave que la de la cara y piel del cráneo. La erisipela que sobreviene durante el embarazo es rara vez mortal, pero puede dar lugar al parto prematuro (1).

Fundándose en el conjunto de los síntomas generales, se distinguen tres formas principales de la erisipela: 1.° la *forma inflamatoria*, en la que el pulso es vivo, fuerte y la cefalalgia intensa, la piel quemante, la enfermedad va precedida de escalofrío, malestar, lumbago, presentándose muy pronto todos los síntomas de un marcado estado febril.—2.° la *forma mucosa*, en la que la erisipela coincide con todos los signos del embarazo gástrico; lengua cubierta de un barniz blanco mas ó menos espeso; boca pastosa, mal sabor, aliento fétido, cefalalgia gravativa, movimiento febril menos intenso, expresado con menos claridad; náuseas, vómitos mucosos que se presentan al principio y aun continúan durante la erupcion.—3.° la *forma biliosa*, en la que al mismo tiempo que la erisipela se observan todos los síntomas del estado bilioso: tinte subictérico de la cara, gusto amargo y fetidez del aliento, lengua amarillenta, vómitos de materias biliosas, abatimiento mas ó menos marcado, reaccion generalmente poco intensa.

Se ha admitido tambien una *forma atáxica* y otra *adinámica*, pero no son variedades particulares de la erisipela, sino complicaciones que puedan sobrevenir en cualquiera de las tres formas que hemos indicado (2).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la erisipela es esencialmente agudo: es cierto que se ve algunas veces que ciertos sugetos presentan una inflamacion erisipelatosa que no desaparece en mucho tiempo, y tiene de cuando en cuando exacerbaciones; pero estos casos son raros, y entre los que han referido los autores hay un gran número que no pertenecen á la enfermedad de que tratamos, sino á otra afeccion cutánea. En cuanto á aquellos en que se ve sobrevenir una erisipela con intervalos mas

(1) E. Hervieux, *De l'érysipèle puerpéral (Gazette médicale de Paris*, 1865, página 52).
(2) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, Paris, 1864, p. 32.

ó menos distantes, habiendo cesado completamente la enfermedad en estos intervalos, solo por un abuso de palabras algunos médicos le han dado el nombre de *erisipela crónica*, porque realmente no se trata sino de varios ataques de erisipela aguda.

Algunas veces se ve que se traslada la erisipela de un punto á otro mas ó menos distante, y de este á otro; pero esta erisipela, á la que se ha dádo el nombre de *errática*, es rara. En la mayor parte de los casos la erisipela se extiende de un punto á otro sin abandonar al primero, y por el contrario, recorre en él sus períodos hasta la descamacion; luego desde el punto que segunda vez ha ocupado pasa á otro, y así sucesivamente; de suerte que se ven en los límites de la inflamacion los tejidos todavía rojos, duros y dolorosos, al paso que en el centro ó en una extremidad la piel se ha ablandado, arrugado y cubierto de una descamacion mas ó menos manifiesta.

En *los casos de erisipela ambulante* las partes primitivamente afectadas pueden haber recobrado todos sus caractéres normales, aun cuando la inflamacion esté en toda su intensidad en otro punto, verificándose la descamacion en las porciones intermedias.

Así como los autores modernos, creemos que no se puede admitir la *erisipela intermitente*. Esto me conduce á decir algunas palabras acerca de las *recidivas*. Se ven sugetos muy expuestos á la erisipela; pero casi siempre en estos se produce la enfermedad en el mismo punto, y principalmente en la cara. Lo que es de notar en estos casos, es que la erisipela se presenta ordinariamente con un carácter de benignidad marcado.

La *duracion* de la erisipela varía mucho segun las diversas especies y el estado en que se encuentra el enfermo. La erisipela de la cara, segun resulta de los datos estadísticos de Louis, recorre sus períodos en un setenario sobre poco mas ó menos cuando sobreviene en un sugeto que por lo demás esté sano. La erisipela de las demás partes del cuerpo es generalmente mas larga porque recorre mayores superficies; pero la erisipela ambulante se prolonga bastante tiempo. En cuanto á la erisipela flemonosa hay en ella, además del período de inflamacion, el de supuracion, que puede prolongarse algunas semanas, y el de cicatrizacion, que muchas veces es muy largo.

No es posible determinar en general cuál es la *terminacion* de la erisipela, pues varía segun los casos y segun la constitucion médica. Si la erisipela es simple, si sobreviene fuera de la influencia epidémica, si se manifiesta en un hombre que no se halla ni en el curso ni en la convalecencia de otra enfermedad, se termina ordinariamente por la curacion, que es lo que sucede principalmente en la erisipela de la cara. En condiciones opuestas, y sobre todo si se trata de la erisipela flemonosa de bastante extension, la enfermedad se termina frecuentemente por la muerte. Los niños y las personas muy avanzadas en edad deben ponerse en la misma línea que los sugetos cuya constitucion se halla debilitada por una enfermedad; en efecto,

su estado de debilidad hace en ellos que una erisipela cualquiera sea frecuentemente mortal.

§ V.—Diagnóstico.

Los autores se han preocupado demasiado de la posibilidad de los errores del diagnóstico, cuando se ha tratado de diferenciar esta enfermedad de la *urticaria*, del *sarampion* y de la *escarlatina*, la descripcion de estas afecciones hará ver cuán diferentes son los signos que las distinguen.

No sucede lo mismo con el *eritema*, que algunos autores han considerado sin razon como el primer grado de la erisipela, ó mas bien como una especie muy simple de erisipela. La falta de hinchazon perceptible de la piel y principalmente de las papilas, la diseminacion de las placas eritematosas, su pronta desaparicion y la falta de fiebre, en muchos casos, bastan para establecer el diagnóstico.

En cuanto á la *erisipela flemonosa* se distingue, como lo ha hecho muy bien notar Velpeau, de la *flebitis* y de la *inflamacion de los vasos linfáticos*, en que no sigue el trayecto de estos vasos bajo la forma de líneas ó cintas, y que la supuracion invade grandes superficies.

§ VI.—Pronóstico y complicaciones.

Independientemente del valor diagnóstico de las diversas formas y especies de erisipela, valor sobre el que hemos insistido al ocuparnos de cada una de ellas, sobreviene la erisipela en un sugeto ya enfermo ó convaleciente de una enfermedad grave, hay gran peligro. Louis (1), que ha estudiado con cuidado esta cuestion, ha visto sucumbir muchos enfermos en estas condiciones, aunque la erisipela fuese simple. Habiéndose ocupado Hervieux (2) de la misma cuestion, ha obtenido los mismos resultados. Sin embargo, no por eso se debe creer que la erisipela produzca siempre la muerte por sí misma, pues en efecto, los autores que acabo de citar han observado que los enfermos sucumbian cuando la erisipela habia llegado á la descamacion hacia ya algunos dias. Se puede admitir con Hervieux que en estas circunstancias la erisipela es mas bien el indicio de un estado grave que una afeccion mortal por sí misma; pero se puede creer que la erisipela ha contribuido á acelerar la muerte, porque vemos ciertas enfermedades, por ejemplo, la viruela, causar la muerte de los enfermos, aun cuando la lesion local ha perdido toda su intensidad ó cesado del todo. Sea de esto lo que quiera, lo cierto es que sobrevi-

(1) Louis, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhöide*. Paris, 1841, 2 vol. in-8.

(2) Hervieux, *De l'érysipèle dans la convalescence ou à la période ultime des maladies graves* (*Arh. gén. de méd.*, Diciembre 1847).

niendo la erisipela en un sugeto afectado de otra enfermedad, tiene una gravedad incomparablemente mucho mayor que en las condiciones opuestas. Ya hemos visto anteriormente que en igualdad de circunstancias es notablemente mas grave en los niños y en los ancianos.

Con frecuencia la erisipela desempeña el papel de complicacion, y en estos casos es menester distinguir tambien aquellos que solo constituyen una complicacion muy secundaria, y otros, por el contrario, en que á la gravedad de la enfermedad anterior unen la suya propia, ya dependa del sitio que ocupe, ya de la extension de la superficie afecta. Hemos insistido anteriormente sobre el valor pronóstico de las diversas formas de erisipela que sobrevienen en calidad de complicaciones; aquí debemos considerar la cuestion bajo otro punto de vista y procurar establecer la relacion que existe entre la afeccion cutánea y ciertas complicaciones que parecen no depender de otras causas. Es, pues, el mismo pronóstico de la erisipela el que hay que examinar, pues parece consultar de las investigaciones hechas con este objeto que en su estado de sencillez, en una persona jóven y sana, el pronóstico es por lo general favorable; lo que quiere decir que la afeccion cutánea, cuando no constituye una complicacion, toma toda su gravedad, de las que sobrevienen durante su curso ó despues de ella. Entre estas hay algunas que se han considerado como hechos accidentales, como simples coincidencias: la neumonía, la pleuresia, por ejemplo (1). En cuanto á las complicaciones puramente locales, se encuentran ya descritas en la *sintomatalogia*, y no insistiremos mas en ellas. Existe un órden de fenómenos que debe fijar nuestra atencion, tales son las complicaciones que sobrevienen de parte del sistema nervioso, de las vias digestivas y de la serosa abdominal.

Por lo que concierne al sistema nervioso, no dudamos en recomendar la posibilidad de una meningitis ó meningo-encefalitis como coincidencia, sobre todo en la erisipela de la cara y de la piel del cráneo; pero habria un error en generalizar demasiado estos hechos. No repetimos aquí los diversos argumentos expuestos en pró y en contra de ambas opiniones, en las que unos hacen á los vasos y los otros al tejido celular de los párpados y la órbita (Piorry), y á las membranas que la envuelven los medios de trasmision de la enfermedad.

Sin embargo, como hacen observar Béhier y Hardy, ¿cómo podrá aceptarse este modo de propagacion directa á los centros nerviosos, en los casos en que la erupcion se encuentra limitada á los miembros ó al tronco, y sin embargo se presenta delirio, por mas que Valléix y otros muchos médicos hayan encontrado en la autopsia el encéfalo perfectamente sano? En estos casos parece necesario

(1) Béhier y Hardy, *Traité de pathologie interne*, 1.ª edicion. Paris, 1855, t. III, página 127.

hacer intervenir la simpatía, en el sentido en que puede hoy admitirse esta palabra que tambien explica el fenómeno reflejo. Béhier, en una feliz comparacion que hace de la erisipela con una de las enfermedades quirúrgicas que nadie calificará como pirexia (1), recuerda que en la quemadura «el delirio es un síntoma frecuente que no depende de una inflamacion de las meninges, siendo un fenómeno puramente nervioso. ¿Por qué, pregunta el autor, no será de igual naturaleza el delirio de la irisipela? Sin disputa que es posible que la meningitis coincida con una erisipela, y que puede esta favorecer el desarrollo de aquella; pero estos casos son completamente excepcionales. En la inmensa mayoría de los casos, el delirio de la erisipela es un delirio puramente nervioso.» Esta discusion que en una obra de esta índole parecerá sobrado extensa, entraña un interés práctico que justifica su extension. «En efecto, dice terminando el autor que citamos, nada es mas peligroso que las emisiones sanguíneas en el delirio nervioso de la quemadura, y lo mismo sucede en las quemaduras complicadas con delirio.» En el párrafo *tratamiento* expondremos la conducta que conviene seguir.

No debe olvidarse que en algunos casos, la parálisis general ha parecido comenzar por la erisipela de la cabeza (2). En los casos observados por Baillarger (3), la invasion de la parálisis solo se presentó mucho tiempo despues, meses y aun un año despues de la desaparicion de la érisipela; pero en todos quedó una cefalalgia persistente mas ó menos fuerte. Segun este autor, solo cuando á la erisipela de la piel del cráneo sucede una cefalalgia, podrá temerse una invasion de parálisis general (4).

«A consecuencia de las relaciones simpáticas que existen entre la piel y la mucosa intestinal, y la observacion diaria ha puesto fuera de toda duda, la enteritis es una complicacion cuyo desarrollo se comprende fácilmente; lo mismo sucede en los casos de erisipela del abdómen ó de las partes genitales, como se ve en los recien nacidos (5).»

Las alteraciones de parte de las vias digestivas en la erisipela no se consideran por la mayoría de los autores como simpáticas; son en efecto las que mejor parecen prestarse á la doctrina de extension por contigüedad. Esta cuestion, cuyo gérmen parece encontrarse hasta en Hipócrates, apareciendo en autores posteriores á él, y hasta en las

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*. Paris, 1864, p. 40.

(2) «Sin que pueda adquirirse certeza de que el exantema tenga una verdadera relacion con la enfermedad que la ha sucedido.» (W. Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad, franc. de Doumic, Paris, 1865, p. 236).

(3) Baillager, *Note sur l'influence de l'erysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paralysie générale* (*Annales médico-psychologiques*, 1849.

(4) Baillarger, en W. Griesinger (*loc. cit.*, p. 236, nota 1).

(5) Béhier y Hardy, *Traité de pathologie interne*, 1.ª edicion, Paris, 1855, t. III, página 127.

lecciones clínicas de Biett mismo (1), encontramos algunas nociones útiles de consultar, y que mas recientemente han expuesto los autores (2) con atencion especial, con nombre de *erisipela interna*. Ha suministrado á V. Cornil (3) y á J. Ciure (4), objeto de monografías importantes, y O. Larcher ha comunicado á uno de estos autores muchos ejemplos favorables (5). Julio Simon ha publicado tambien un caso en el que se ha observado la erisipela de la cara y de la piel de la cabeza, en el cuello, laringe, faringe, y bronquios (6).

Las diversas observaciones contenidas en las publicaciones de los autores que hemos citado, tienden á probar là realidad de la angina faríngea erisipelatosa, y si no hacemos una descripcion especial de este estado patológico, nos bastará recordar su frecuente aparicion, los diversos grados de intensidad, que presenta como punto de partida de la erisipela de la cabeza (7) ó la extension de esta á la faringe, ó como otros autores la consideran constituyendo solo una complicacion.

Pero si, en lo concerniente á la *erisipela de la faringe*, la mayoría de los casos están en favor de la extension por continuidad, sobrevienen nuevas dificultades con relaciones á las alteraciones gastro-intestinales. Mientras que Ad. Gubler y Emilio Vidal consideran como prueba material de la existencia de la erisipela interna, las *ulceraciones intestinales* demostradas en la autopsia por el primero, ó los *productos expulsados* recogidos por el segundo, J. Béhier «no ve en las alteraciones gástricas la apreciacion de la propagacion de la erisipela sobre la mucosa intestinal. No se comprende, en efecto, la propagacion de esta inflamacion sobre las superficies, teniendo que admitirse que la enfermedad acaba por una superficie extensa de la mucosa sin alterarla para aparecer en un punto mas lejano. Nada, dice el autor, permite que se verifique esto, nada lo demuestra, ni puede comprobar semejante marcha.»

Repitiendo la anterior comparacion entre la erisipela y la quemadura, J. Béhier recuerda los desórdenes gastro-intestinales que se observan en ambos estados patológicos, y, sin querer decir que todo en la erisipela está subordinado á la afeccion de la piel: «parece razonable admitir aquí, como en la quemadura, que la simpatía del estómago se desarrolla y á su influjo se producen los fenómenos gastro-intestinales.» Sin poder presentar una conclusion sobre un punto

(1) Biett, citado por Béhier, *Conférences de clinique médicale*, Paris 1864, p. 37.
(2) Rayer, Bouillaud, Thomann, Gubler, Gull. Goupil, Trousseau, Aubrée, E. Labbé, Pihan-Dufeillay, Fenestre, y algunos otros autores.
(3) V. Cornil, *Observations pour servir à l'histoire de l'érysipèle de pharynx* (*Archives de médecine*, 1862).
(4) J. Ciure, *De l'érysipèle du pharynx*, tésis inaugural, Paris, 1864, n.° 136. (*Index bibliograph.).*
(5) O. Larcher, citado por Ciure, tésis citada, p. 55 y siguiente.
(6) Julio Simon, *Archives générales de médecine*, 1865, t. II, p. 97.
(7) O. Larcher, *loc. cit.*, p. 55, 1.ª observacion.

que cuenta aun un pequeño número de elementos de conviccion que hace necesarias nuevas investigaciones para el interés del práctico, recordaremos que O. Larcher (1) «ha observado, en las erisipelas de gran extension, ulceraciones duodenales parecidas á las que se encuentran en la superficie de las quemaduras muy extensas» (2); y que despues, Malherbe (3) ha visto tambien en una porcion de intestino delgado ulceraciones semejantes en la autopsia de un individuo atacado de erisipela (4).

§ VII.—Tratamiento.

Profilaxia y tratamiento higiénico.—Cualquiera que sea el valor que se conceda á las propiedades infectantes de la erisipela, parece evidente el peligro de permanecer al lado de un enfermo erisipelatoso, siendo mayor aun si existe una herida (5), debiendo en estas condiciones evitarse el contacto.

En cuanto á la erisipela puerperal, las reglas higiénicas aconsejan el aislamiento de las paridas que padecen el exantema, y si es posible alejarlas del punto en que contrajeron la enfermedad, y colocarlas en buenas condiciones de ventilacion; prevenir con minuciosos cuidados de limpieza, renovacion diaria del aire, de los lienzos, y piezas de apósitos, la acumulacion de los miasmas producidos por las secreciones loquial, láctea, intestinal, etc.; oponerse á las comunicaciones de las enfermas con las personas de fuera, especialmente con las embarazadas, las jóvenes y los niños. Tales son las precauciones higiénicas que debe plantear el práctico para oponerse al desarrollo de la erisipela perperal (6).

Erisipela simple.—Muchos son los medios que se han propuesto contra la erisipela, siendo uno de los mas principales la *sangría*;

(1) O. Larcher, *Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle* (*Archives générales de médecine*, 1864, t. II, p. 697).

(2) Las ulceraciones situadas en la cara interna del duodeno, en la inmediacion del orificio de los conductos colédoco y pancreático reunidos, eran redondeados regularmente, y median próximamente medio centímetro de diámetro, sus bordes no eran cortados á pico, ni tenian los bordes revueltos, interesaban tan solo la mucosa.

(3) Malherbe (de Nantes), *Archives générales de médecine*, 1865, t. II, p. 725.—*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, Nantes, 1865 —217 en t., p. 19.

(4) Para completar la enumeracion de las lesiones anatómicas que pueden encontrarse en las autopsias de los que mueren de erisipela, recordaremos que en tres casos de erisipela ambulante, ha visto Frerichs la degeneracion adiposa del hígado en el mas alto grado. (Frerichs, *Traité des maladies du foie*, trad. franc., 2.ª edicion, Paris, 1866, p. 475).

(5) Ch. Martin, *De la contagion dans l'érysipèle*, tésis inaugural, pág. 138, Paris, 1865.

(6) E. Hervieux, *De l'érysipèle puerpéral* (*Gazette médicale de Paris*, p. 54, Paris, 1865).

muy pocos son los médicos que se dispensan de hacer emisiones sanguíneas, y la mayor parte tienen mas confianza en la sangría general que en la local.

Sangría empleada con moderacion.—Louis (1), habiendo observado la accion de la sangría en 31 casos de erisipela de la cara, háse visto que es mucho menor que lo que comunmente se cree, puesto que la duracion de la enfermedad solo se ha disminuido unos tres cuartos de dia. Si se ha podido pensar alguna vez que la accion de este medio es mucho mayor, es porque se ha practicado en una época próxima á la declinacion de la enfermedad, y cuando se iba ya á presentar una manifiesta mejoría. Sin embargo, no conviene deducir de estos hechos, como se ha apresurado á hacerlo, que de nada sirve la sangría, pues habiéndose disminuido la duracion, por corta que sea esta disminucion, debe tomarse en consideracion. Así, pues, Louis no ha dicho que sea inútil la sangría, sino que su utilidad tiene muy reducidos límites. Sin embargo, otros muchos autores recomendables han atribuido á las sangrías, y sobre todo á las sangrías repetidas un gran peligro; entre otros citaré á Chomel y Blache, Andral y Bauquin (2), etc.; pero no creemos que se halle demostrada la exactitud de esta opinion.

Bouillaud ha aplicado á la erisipela la fórmula de las *sangrías repetidas á cortos intervalos*; pero no se ha probado que fuese mas eficaz en esta afeccion que en las flegmasías de que hemos hablado hasta el presente.

Algunos autores miran á la aplicacion de *sanguijuelas* en un punto mas ó menos aproximado del mal como un medio mas eficaz que la sangría general, y nada demuestra que sea así. En algunos casos observados por Louis, la erisipela tratada por las sanguijuelas ha durado mas; esto no quiere decir que las sanguijuelas sean perjudiciales, pero no es probable que sean de una eficacia notable. Considerando Broussais que la erisipela tenia su orígen en una irritacion del estómago, aconsejaba las *sanguijuelas al epigástrio*; pero estas ideas no pueden admitirse en la actualidad.

Si el tratamiento por las emisiones sanguíneas encuentra su justificacion en algunos casos, evitaremos en practicarlas en todos los casos en que hay delirio, sobre todo cuando este fenómeno parezca puramente nervioso, como resulta de la discusion expuesta con motivo de las *complicaciones*.

Entre los demás medios que me quedan por examinar, hay algunos que se administran interiormente y otros que se aplican al exterior.

1.° *Medicacion interna.*—Algunas veces se ve sobrevenir en el curso de la erisipela una adinamia profunda, y en semejante caso

(1) Louis, *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, Paris, 1835. en 8.°

(2) Bauquin, *Ann. méd.-chir.*, 1827.

muchos autores, entre los que es necesario citar á Chomel y Blache (1), recomiendan suspender las sangrías y recurrir á los *tónicos*. Esta conducta parece prudente; pero sobre este punto, así como acerca de todos los que examinaremos, no tenemos investigaciones bien hechas, y sobre todo en las que se haya tenido en cuenta la duracion de la enfermedad. Otros autores, tales como Selle, Cullen y Stoll, han usado los tónicos (quina, vino, etc.) en casi todos los casos de erisipela; pero ¿qué se deberá deducir de hechos incompletos ó de simples aserciones?

Sin embargo, la conducta de Chomel y Blache parece ser la mejor en la erisipela ambulante, por ejemplo, cuando la marcha invasora depende del mal estado del sugeto, que no puede reaccionar contra el trabajo inflamatorio para limitarlo, y hacerle tomar su expresion síntomática habitual (2).

Vomitivos.—Una de las medicaciones mas generalmente recomendadas por los médicos y cirujanos es el uso de los vomitivos. Dessaul (3), Autenrieth, el doctor Fischer (4), etc., elogian mucho este medio. El *tártaro estibiado* en dósis moderadas ó *disuelto en gran cantidad de agua* es el vomitivo que mas ordinariamente se prescribe.

Sobre todo en la invasion de la erisipela de forma biliosa es cuando se empleará esta preparacion á dósis de 5 centígramos, por término medio, en un litro de una bebida acidulada para tomar de cuarto en cuarto de hora. Este remedio constituye un excelente emetocatártico y responde perfectamente al precepto de Ambrosio Paneo:

En la cure d'erysipelas
Il faut purger par haut et par bas.

Purgantes.—Constituyen casi constantemente una de las bases mas útiles de la terapéutica de la erisipela; los purgantes salinos, en particular administrados cotidianamente desde el principio á cortas dósis (un vaso de agua de Sédlitz ó de Pullna, etc.) son de los que podemos servirnos con ventaja.

Reil ha prescrito el *opio* (5) á la dósis de 2 á 3 centígramos cada cuatro ó seis horas en los casos en que era el dolor muy vivo. Pero ¿qué influencia tiene esta medicacion en la duracion y en el éxito de la enfermedad? No es posible decirlo. Velpeau (6) asegura que ha obtenido buenos resultadós con unas píldoras compuestas de *opio*, de *nitrato de potasa*, y de *alcanfor* en los casos en que los síntomas

(1) *Dictionnaire de médecine* en 39 vol., art. ERISIPELA.
(2) J. Behier, *Conferences de clinique médicale*, p. 47
(3) Desault, *Œwres chirurgicales*, t. II.
(4) Fischer, RUST's *Magazin*, t. XVII.
(5) Reil, *Fieberlehre*, t. II.
(6) Velpeau, *Lancette française*, 1831.

generales eran muy graves, y en los que la enfermedad tenia la forma atáxica.

Cuando la erisipela se complica con delirio nervioso, se combatirá, desde el principio con el opio á altas dósis en píldoras ó en enemas; el almizcle parece tambien útil en algunos casos, ya solo, ya unido á alguna preparacion opiada.

Nos limitaremos á mencionar algunos otros medios usados interiormente, tales como el *aceite de trementina*, empleado por el doctor Harry Cox (1), el *cólchico de otoño* en polvo (2), el *acetato de amoniaco* (Autenrieth) y la *digital* (3).

Hillairet y O. Larcher, en muchos casos de erisipela complicada de accidentes cerebrales y especialmente delirio, han conseguido alivio con el uso interno del alcoholaturo de acónito (á la dósis diaria de 2, 3 y 4 gramos en un julepe, combinado con la administracion de un vaso de agua de Sedlitz cada mañana).

Hamilton y Cárlos Bell (4) dicen haber empleado con éxito constante durante veinticinco años, como remedio poderoso para combatir la erisipela en todas las variedades que reviste idiopática, sintomática y traumática, el *clohidrato de hierro* en forma de alcoholaturo (alcoholado de hierro clorurado), que se prepara mezclando una parte de óxido rojo de hierro, cuatro de ácido clorhídrico y seis de alcohol. La dósis es de 15 á 20 gotas cada dos horas; se aumentará la dósis cuando la inflamacion es pertinaz, extensa y produce mucha secrecion. Estos profesores citan numerosas observaciones de erisipela cuya curacion ha sido mas ó menos rápida, pero siempre segura.

Este medicamento, que ha sido muy útil en los recien nacidos, se emplea á la dósis de 2 gotas cada dos horas en un poco de agua azucarada. Es indudable que debieran tener mas en cuenta la duracion de la enfermedad.

Erisipela de los recien nacidos.—Belladona.—El doctor Ivaren, de Avignon (5), ha referido un caso en el que una erisipela muy grave que sobrevino en un niño de nueve dias, y complicada con endurecimiento del tejido celular subyacente, terminó por la curacion despues de haber recorrido casi todo el cuerpo. La medicacion que le ha parecido surtir mejores efectos, es la siguiente:

R. Tintura alcohólica de belladona. 1 gota. | Agua azucarada......... 100 gram.
Se toma á cucharadas de hora en hora.

Al sétimo dia se aumentó la dósis hasta dos gotas de tintura.

(1) Harry-Cox, *The London med. Rep.*, 1825.
(2) Bullock, *Journal des conn. méd.-chir.*, Enero, 1835.
(3) Kopp, *Beobacht im Gebiete der ausübenden Heilkunde*. Frankf., 1821.
(4) *Monthly Journal*, Junio 1851. —*Union médicale* Julio, 1851.
(5) Yvaren (d'Avignon), *Revue méd-chirurg.*, Mayo, 1848.

Cito este hecho para que se pueda experimentar de nuevo el tratamiento, porque así aislado tiene un valor muy limitado.

2.° *Medicacion externa.—Escarificaciones y picaduras.*—Indicaré en primer lugar las *escarificaciones* sobre la parte afectada que propuestas por Hutchinson (1), han sido reprobadas por otros, y sobre todo por J. Franck, que teme que ocasionen la gangrena. Stoll escarificaba la piel del cráneo en los casos de erisipela en esta parte. Ya hemos visto que frecuentemente se establece la supuracion en esta variedad de la erisipela, que se puede considerar entonces como una erisipela flemonosa, por lo cual creo que debemos dejar las refléxiones sobre este punto para cuando hablemos de la erisipela flemonosa.

Algunos médicos, tales como Lassis, Bright, etc., consideran como muy útiles las *picaduras superficiales* practicadas en número de veinte, treinta y aun mas de ciento. Despues de haberlas practicado, se lavan con agua tibia para facilitar el flujo de sangre, y se repite esta pequeña operacion tres ó cuatro veces en las veinticuatro horas. Carecemos de los elementos necesarios para apreciar la utilidad ó los inconvenientes de estos medios.

Tópicos.—El número de tópicos empleados contra la erisipela es muy considerable. Se han recomendado los *fomentos emolientes*, las *cataplasmas de harina de simiente de lino*, de *fécula de patata*, las *lociones calmantes*; la *aplicacion de harina seca de trigo ó de centeno*, las *unturas con manteca* (Martin Solon), las *unturas mercuriales* (método mercurial), las *compresas empapadas en agua fria*, las *lociones con alcohol alcanforado dilatado en agua*, el *alcanfor cubierto de compresas húmedas*, el *agua blanca* y otros *astringentes*, etc.

Hemos reunido de propósito todas estas medicaciones en este paraje, porque la misma reflexion se aplica á todas ellas, y es que no ha sido puesto su grado de eficacia fuera de duda por un análisis riguroso de los hechos.

El uso de las *compresas frias* y de los *astringentes* (Reuss, Gouzee y Wilkinson) tienen algunos hechos que parecen apoyarlas; pero estos hechos son controvertibles, y muchos médicos creen que hay mucho peligro en tratar así la erisipela, porque pudiera cambiar de sitio la inflamacion y dirigirse á un órgano importante.

Gama y Malgaigne (2) han recomendado la aplicacion del *alcanfor*, y resulta de los hechos referidos por este último observador, que este método no tiene verdaderos inconvenientes.

Erisipela de los recien nacidos.—Trousseau (3) ha usado contra esta erisipela de los recien nacidos y de los niños de pecho el tópico siguiente:

(1) Hutchinson, *Med.-chir. Transactions*, Lóndres, 1814, t. V, p. 278.
(2) *Gazette médicale*, 1832.
(3) Trousseau, *Bulletin gén. de thérap.*, Febrero, 1848.

R. Eter................ 60 gram. | Alcanfor................ 30 gram.

Extiéndase esta solucion por medio de un pincel de hilas sobre toda la superficie erisipelatosa.

Para disminuir la flegmasía de la piel en las erisipelas, Trousseau y Pidoux aconsejan extender con un pincel, sobre la parte enferma, una capa de la solucion siguiente:

R. Tanino........... 10 gramos. | Éter sulfúrico............ 50 gram.
Alcanfor.......... 20

Al volatizarse el éter deja sobre la piel un polvo de tanino y de alcanfor que obra como sedante y resolutivo (1).

El *ungüento mercurial* en fricciones ó en unturas sobre la parte enferma, ha tenido muchos partidarios; pero ¿está mejor demostrado que tenga una accion ventajosa? Nadie ha insistido mas sobre su eficacia que Ricord (2); pero si se examina con alguna atencion lo que él ha escrito sobre esta materia, se ve que no se puede deducir ninguna consecuencia que sea intachable. Citar hechos en los que se ven erisipelas que se han curado pronto, es no hacer nada, pues todos los dias vemos suceder esto mismo casi sin ningun contratiempo. Es por consiguiente, necesario emplear los medios de demostracion usados por Louis, lo que así Ricord como los demás autores que han descrito sobre este punto de terapéutica, no han pensado en hacer. Este último atribuye el no haber obtenido buenos resultados á que se ha usado el ungüento mercurial rancio, ó á que no se ha perseverado en el tratamiento. Lo que acabamos de decir nos dispensa discutir estas aserciones. Por lo demás recomienda exclusivamente las *unturas* hechas de modo que cubran y aun pasen los límites de la superficie erisipelatosa.

Bazin (de Bordeaux) recomienda con este objeto la mezcla siguiente:

R. Cerato de Galeno..... 20 gram. | Alcanfor............... 1 á 2 gram.

Se forma una capa espesa de 1 á 2 milímetros sobre las partes enfermas, que se cubren con una capa de algodon. Es un medio aislador y sedante á la vez, con el que dice el autor haber obtenido un éxito satisfactorio (3).

A esta práctica se debe unir el uso de las *lociones mercuriales*, propuestas por el doctor Schott, quien las practica de la manera siguiente:

R. Agua................ 60 gram. | Deutocloruro de mercurio... 5 centíg.

Disuélvase. Se hacen una ó dos lociones en las veinticuatro horas.

(1) Trousseau y Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 141, 7.ª edicion, Paris, 1862.
(2) Ricord, *Lancette française*, 1831.
(3) *Société médecine de Bordeaux*, Noviembre, 1864.

Colodion.—En un caso observado en la clínica de Briguet se aplicó sobre la superficie de una erisipela que ocupaba el abdómen, y que habia sobrevenido de las circunstancias mas desfavorables, una *capa de colodion* sobre toda la superficie erisipelatosa, y la erisipela se detuvo inmediatamente en su curso. Aran ha referido en la *Sociedad médica de los hospitales* algunos casos parecidos, y Grisolle (1) ha visto una erisipela incipiente detenida de un dia para otro de la misma manera, y nosotros mismos hemos observado un caso en el que el colodion ha producido un alivio inmediato, y en el que la erisipela que parecia tender á aumentarse, ha cesado de hacer progresos. Guersant (2) ha obtenido buen resultado en un enfermo, uniendo el colodion al aceite de ricino que le hace mas flexible, mas elástico, y fácil de desprenderse por la simple aplicacion de una cataplasma emoliente.

Hé aquí la forma:

R. Colodion........... 30 gram.. | Aceite de ricino............ 2 gram.

Mézclese.

Piachaud, de Génova (3), en una Memoria sobre la erisipela, cita tres casos en que la aplicacion de este medicamento ha sido muy favorable. En fin, sabido es que Robert-Latour trata de este modo un gran número de inflamaciones. Estos hechos deben animar á los prácticos á repetir tan sencillo tratamiento.

Creemos que debe excluirse el colodion en las formas vesiculosa y flictenosa, etc.; es decir, siempre que el epidermis haya desaparecido ó se desgarre al menor contacto; en estos casos hay peligro de producir complicaciones locales, ó la exacerbacion de los síntomas generales.

Vejigatorio.—Muchos autores han recomendado el vejigatorio, y hace algunos años que Dupuytren le ha alabado mucho. ¿Se deberá emplear el vejigatorio en todas las erisipelas, ó solamente en la erisipela ambulante? Cazenave y Schedel creen que no se debe recurrir á él sino en este último caso. Por nuestra parte, despues de haber examinado los hechos y de haber visto muchas veces que el vejigatorio no produce ningun resultado, creemos que aun en este caso no se debe tener gran confianza en él. Sin embargo, si hubiere intencion de emplearle, es cierto que al parecer se halla mejor indicado en la erisipela ambulante.

Si el enfermo se encuentra fuertemente deprimido, si parece reclamar un pronto auxilio, Béhier aconseja poner un vejigatorio en el centro de la erisipela; dejando aplicado el emplasto vesicante solo cuatro ó cinco horas, para aplicar en seguida una cataplasma de fécula que hará el doble objeto de detener el trabajo de vesicacion y

(1) Grisolle, *Bulletin gén. de thérap.*, 15 de Abril, 1850.
(2) Guersant, *Journ. des connais. médico-chirurg.*, 18 de Marzo, 1852.
(3) Piachaud (de Génova), *Archives générales de médecine*, Setiembre, 1854.

moderar la excitacion cutánea. En ciertos casos obra como estimulante del sistema nervioso y sobre la piel que reanima y provoca la reaccion. Puede considerarse como un agente del método institutivo. El empleo del vejigatorio debe siempre vigilarse, porque puede hacerse punto de partida de nuevas irradiaciones flegmásicas, y puede tambien, en los casos en que el enfermo está muy deprimido, ya sea que la accion del medio sea ó muy prolongada ó muy enérgica, favorecer la accion de la gangrena al nivel de la superficie que ocupa (1).

En vista de lo que precede, ¿se deberá ahora investigar, como hacen los autores, si es mejor emplear los *vejigatorios ambulantes*, que los *vejigatorios permanentes* y recíprocamente? ¿Es preciso cubrir toda la superficie erisipelatosa, ó solamente una parte? ¿O es necesario establecer la vesicacion, no solo en la piel inflamada, sino tambien en una parte de la piel sana? Es manifiesto que no. Unicamente haremos mencion de una manera particular de aplicar el vejigatorio, á la que Piorry (2) atribuye numerosos y felices resultados. Aplica un vejigatorio largo y estrecho un *vejigatorio lineal*, alrededor de la superficie inflamada, y algunos centímetros mas allá de los límites del mal, y segun él dice, la inflamacion se detiene por este vejigatorio lineal, como una barrera que no se puede atravesar. En efecto, en los hechos citados por Piorry se ve que la inflamacion queda mas acá del punto donde se ha hecho la vesicacion; pero es necesario advertir que las erisipelas de que se trata, son erisipelas producidas por causa externa, que duran hace ya muchos dias cuando se aplica el vejigatorio, y que nada prueba que la inflamacion no haya adquirido ya la extension que debia tener cuando se ha recurrido á la vesicacion. Solo estudiando mejor los hechos es como se puede responder á estas objeciones.

Cauterio actual.—El cauterio actual, usado ya bajo la forma de rayas de fuego mas ó menos numerosas, ya en una superficie algo extensa con un cauterio plano, ha sido muy elogiado por Larrey (3); pero aquí se presenta tambien esta causa contínua de duda que me obliga á hacer tantas repeticiones, y que encuentro cuando se trata de apreciar las *fricciones de trementina*, el *linimento de Kentisch* (4) (compuesto de *ungüento de basalicon* y de *esencia de trementina*), los *sinapismos*, las *moxas* y los *cáusticos*. Unicamente la cauterizacion por medio del *nitrato de plata* merece que nos detengamos un instante. Este medio usado por el doctor Hibbington (5), y aplicado mas tarde por Tanchon, consiste en tocar toda la superficie de la erisipela,

(1) Béhier, *Conférences de clinique médicale*, p. 47 y 48, Paris, 1864.
(2) Piorry, *Union médicale*, 1847.
(3) Larrey, *Clinique chirurgicale*, t. I.
(4) *American med. and. surg. Journal*, 1823.
(5) Hibbington, véase *Journal des progrès*, 1827.

ya con un cilindro de *nitrato de plata*, ya, lo que es mas fácil, con una solucion de esta sal. Despues de esta aplicacion la superficie afectada se pone pálida; ¿pero qué influencia tiene este medio en la curacion?

Tratamiento de la erisipela flemonosa.—Muchos de los medios usados contra la erisipela simple convienen en la erisipela flemonosa, y deben emplearse con mayor energía. Tales son las *emisiones sanguíneas* generales y locales, las aplicaciones emolientes y los baños. Pero es evidente que todos los tópicos irritantes (vejigatorios, sinapismos y cauterizaciones) que no obran sino en la parte mas superficial del dermis, no hubieran tenido sino un resultado muy incierto, porque la enfermedad se extiende profundamente al tejido celular. Esto es á lo menos lo que resulta de la experiencia de Dupuytren. Ratisier, dice por el contrario, que ha tratado con el mas feliz éxito por el vejigatorio mas de cuarenta erisipelas flemonosas; pero ningun otro cirujano ha obtenido semejantes resultados.

Si la erisipela flemonosa no ha llegado al período de supuracion, se procura, despues de haber tratado de moderar la inflamacion por emisiones sanguíneas abundantes, hacerla abortar, ya por medio de *incisiones* ó por la *compresion*.

Las *incisiones* deben ser bastante numerosas para que estableciéndose la supuracion por las aberturas que producen no pueda el pus reunirse en un foco, y tambien para que el flujo considerable de sangre á que da lugar las incisiones, evite la supuracion debida á la inflamacion que se quiere combatir. Muchos autores han atribuido á esta práctica la gangrena de los tejidos, que sobreviene en algunos casos.

La *compresion* es un medio que parece mas útil, y en cuyo favor se han referido casos interesantes. Para practicarla se emplea ya un vendaje comun, ya un vendaje almidonado. Es necesario por una parte que esta compresion no sea excesiva, y por otra que sea suficiente, pues es fácil comprender los inconvenientes que tendria uno y otro exceso.

Cuando se ha establecido ya la supuracion, el tratamiento es enteramente quirúrgico.

Basta añadir, que así como en los casos de erisipela simple, se ha recurrido á una medicacion interna mas ó menos enérgica y que no se diferencia esencialmente.

En la *erisipela de la piel de la cabeza*, la acumulacion rápida del pus debajo de la aponeurosis y la dificultad que tiene este líquido en salir exigen escarificaciones prontas y profundas.

Se ha recomendado contra la *erisipela de los recien nacidos*, el *ojimiel escilítico* para promover el vómito (1). El doctor Œsterleben prescribió el *sulfato de quinina* á la dósis de 15 milígramos tres ve-

(1) Joerg, *Handb. del Kinderkrankh.* Leipzig, 1826.

ces al dia, juntamente con el *mercurio gomoso de Plenck*, y el niño se curó. El doctor Miles (1) ha dado el *sulfato de quinina* á la dósis de 25 milígramos y alaba sus buenos efectos, pero sin presentar pruebas convincentes.

En uno de los casos de erisipela periódica observado por Béhier, el sulfato de quinina, administrado durante ocho dias antes de la época de su aparicion, terminó por triunfar de la enfermedad. ¿Seria conveniente recurrir á esta medicacion en casos análogos?

Añadiremos aun la indicacion de un medio preconizado por Higginbottom. Una disolucion de 8 gramos de nitrato en 30 de agua con la que se lava, no solo la zona enrojecida, sino el tegumento inmediato en una extension de 5 á 6 centímetros. Dos aplicaciones bastan, en general si se hacen á tiempo para prevenir, segun el autor, los síntomas generales y la extension de la flegmasía cutánea (2).

Para terminar, creemos que no será inútil referir que recientemente se ha observado un caso mortal en un niño de tres meses muy linfático al décimo dia de la vacunacion. La erisipela tomó por punto de partida las pústulas vacunales y se extendió á todo el cuerpo. De donde se desprende el consejo práctico de no verificar vacunaciones en tiempo de epidemia de erisipela (3).

ARTÍCULO III.

URTICARIA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La urticaria está caracterizada por placas salientes sin forma determinada, mas rojas ó mas blancas que la piel sana, fugaces y que causan una comezon incómoda análoga al picor de la ortiga.

Esta afeccion, que ha recibido los nombres de *aspritudo* (Celso), *sora ó essera* (los árabes), *porcellana*, (Lieutaud, Sauvages), *febris urticata* (Vogel), *escarlatina urticata* (Sauvages), *púrpura urticata* (Junker), *cnidasis*, de κνίδη ortiga (Alibert).

Es una de las enfermedades de la piel que se observa con mas frecuencia.

§ II.—Causas.

La urticaria es con seguridad una de las afecciones cutáneas que reconocen causas mas diversas; pueden estas referirse á dos grandes divisiones.

(1) Miles, *The London med. Reposit.*, 1824.
(2) Higginbottom, *British med. Journal*, Enero, 1865.
(3) Dupuy, *Société medicale de Bordeaux*, 1865.—P. Garnier, *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales*, 2.º año, 1865, p. 299.

Causas externas.—1.° *Directas.*—Contacto de las hojas de la *Urtica dioica*, las orugas procesiónarias, las *ortigas de mar* (actinias y medusas). El contacto de ciertos vegetales y animales producen la lesion cutánea, necesariamente en todos los individuos cualquiera que sea la condicion de sexo, edad, constitucion, etc. (Bazin). Ciertas fricciones, á veces un baño sulfuroso, la aplicacion del emplasto de Vigo con mercurio, un vejigatorio, etc., auxiliados de una predisposicion individual, puede producir la urticaria (Bazin).

2.° *Indirectas.*—Ingestion de ciertas sustancias alimenticias (langosta, almejas, cangrejos de rio y de mar, langostinos, ostras, huevo de pescado, pescados salados y humeados, carne de cerdo, etc.; y entre los alimentos de orígen vegetal, almendras, fresas, setas, pepinos, etc.).—La administracion de algunos medicamentos (valeriana, beleño, bálsamo de copaiba, agua de Seltz) (Bazin).

A estas causas es menester añadir, en la mujer, las picaduras de sanguijuelas, en toda clase de irritaciones aun las mas ligeras de los órganos genitales (como la producida por la introduccion de un expéculum ó la aplicacion de un cáustico). Scanzoni, que ha llamado la atencion sobre este punto, admite que la irritacion de los nervios uterinos, determinada por estas causas accidentales, tiene por consecuencia una alteracion general del sistema vascular, de la que resulta á su vez la erupcion (1).

Causas internas.—Diversas enfermedades febriles (alteraciones morbosas provocadas por el trabajo de la denticion, reumatismo articular agudo, pulmonía, pleuresía, viruela, sarampion, ciertas formas de fiebre intermitente). Dos enfermedades constitucionales (la artritis y el herpes) (Bazin).

La urticaria puede por último constituir una *enfermedad* aguda, pirética (urticaria esencial, de Bazin; *urticaria febrilis*, de Willan y Bateman).

§ III.—Síntomas.

Una division muy importante bajo el punto de vista del pronóstico, y por consiguiente del práctico, es la de la urticaria en aguda y crónica. Adoptando la clasificacion mas amplia y que tiene además la ventaja de fundarse sobre la nocion de las causas, describiremos: la *urticaria por causas externas*, la *urticaria esencial*, la *sintomática ó concomitante con una enfermedad febril* y la *urticaria sintomática del empeine ó de la artritis*.

1.° *Urticaria artificial.*—Anchas pápulas, aplastadas, blancas irregulares, rodeadas de un ligero tinte rosado eritematoso; tal es la erupcion. Va acompañada de una sensacion de picor quemante y de

(1) Scanzoni, *Würzburger medicinische Zeitung*, t. I, y *Archives générales de médecine*, 1861, t. I. p. 646.

viva comezon, que dura un tiempo muy corto, algunos minutos solamente, que se calma al mismo tiempo que las pápulas comienzan á deprimirse, desde entonces no quedan restos del exantema.

2.° *Urticaria provocada por la ingestion de ciertas sustancias* (*U. patogenética* de Bazin).—Despues de un malestar general, que se traduce por ansiedad epigástrica, náuseas, vómitos etc.; pequeñez y frecuencia del pulso, cara enrojecida y tumefacta, y el cuerpo adquiere ya una coloracion roja intensa y uniforme, como en la escarlatina (*Scarlatina urticaria* de Sauvages), ya el aspecto y la forma de una urticaria artificial que se generaliza y se acompaña de fiebre. Si la comezon que sobreviene se produce en un sugeto nervioso y muy irritable, se puede producir delirio y aun se citan casos de muerte por este envenenamiento, producido mas comunmente por la ingestion de las almejas (Bazin). Sabido es que se ha atribuido á muchas causas la propiedad deletérea de los moluscos, ya á una alteracion particular de los flúidos del animal, ya á sustancias estrañas (1).

3.° *Urticaria febril*, *esencial ó fiebre ortigada*.—Se anuncia por síntomas febriles de una intensidad variable y de mayor ó menor duracion (algunas horas ó algunos dias). Estos síntomas consisten en un malestar general, horripilaciones, escalofrios, cefalalgia, dolores epigástricos, náuseas y lipotimias.

Al cabo de un tiempo variable sobreviene un *prurito* incómodo y muchas veces insoportable, un calor mas ó menos vivo en todo el cuerpo, y bien pronto se ve aparecer en una parte de él mas ó menos extensa, y principalmente en los hombros, lomos y muslos, unas *elevaciones* ya de color de rosa, ya de un rojo bastante subido ó de un rojo vivo, ya pálidas, como si estuviesen constituidas por una sufusion serosa del dermis, ya en fin pálidas en su centro y mas ó menos rojas en su contorno.

Su forma es muy diversa, circular, oval é irregular; su extension muy variable y sus bordes duros; su número es igualmente muy variable, porque unas veces solo se ve un corto número bastante distinta unas de otras, y otras por el contrario son confluentes, y en este último caso cubren con bastante frecuencia todo el cuerpo. Koch afirma (2) que las ha visto hasta en la boca. Un fenómeno que se observa constantemente es un *prurito* muchas veces insoportable, que se aumenta por el calor de la cama y tambien con los roces del enfermo.

Las placas consideradas individualmente son de corta duracion, pudiendo ser esta de solo algunos minutos ó de una ó muchas horas. Algunas veces, sin embargo, se manifiestan por uno ó mas dias; pero estos últimos casos son muy raros. De aquí resulta que la erupcion consiste en una aparicion mas ó menos rápida de placas diseminadas, y que desaparecen para ser reemplazadas por otras, y aun es bastan-

(1) Moquin-Tandon. *Éléments de zoologie médicale*, 2.ª edicion, p. 232. Paris, 1862.

(2) Koch, *Progr. de febr. urtic.* Leipzig, 1792.

te comun ver disminuir notablemente la erupcion, y aun desaparecer casi completamente durante muchas horas para reproducirse de nuevo.

A veces es periódica la aparicion y la desaparicion de las placas; la urticaria es entonces *intermitente*, y lo que prueba que es de la naturaleza de las fiebres de este nombre, es que cede prontamente al febrífugo. Otras veces, como hemos dicho antes, acompaña simplemente á una fiebre intermitente, y cede con ella al sulfato de quinina.

De la presencia de las placas en las diversas partes del cuerpo resulta una *hinchazon* de los tejidos, acompañada de dificultad en los movimientos. Así, pues, los labios y los párpados se engruesan y se abren mas difícilmente, y las articulaciones están un poco hinchadas y rígidas. Algunas veces acompaña el *eritema* á la urticaria; en semejante caso, la hinchazon y la rigidez son mas considerables, y la enfermedad se termina por una descamacion que de ningun modo corresponde á la urticaria.

Los *síntomas generales* tienen una intensidad de las mas variables. Algunas veces la fiebre es intensa el primero y el segundo dia, hay una viva agitacion y aun delirio; pero con mucha mayor frecuencia es muy moderado el movimiento febril.

Despues de apariciones mas ó menos numerosas, desaparecen las placas de la urticaria *sin dejar ningun vestigio*.

En algunos casos se prolonga la erupcion siete ú ocho dias por recrudescencias sucesivas, conservando durante todo su curso el carácter fugaz que pertenece á las diversas especies de urticaria.

4.° *Urticaria sintomática ó concomitante con enfermedades febriles*.—Esta especie de urticaria, de la que hemos dado á conocer anteriormente las circunstancias etiológicas, está en todos los casos en que se presenta, «mas ó menos subordinada á la enfermedad principal, participando de todas sus vicisitudes; siendo esta solidaridad el verdadero carácter propio de la urticaria febril ó sintomática. La erupcion no aumenta la gravedad del padecimiento que complica; á veces ha parecido constituir una crísis de favorable augurio.» (Bazin).

5.° *Urticaria sintomática del herpes y de la artritis*.—Bazin, que ha estudiado separadas estas dos especies de urticaria (1), las refiere á dos frases diversas de la solucion de estas enfermedades constitucionales. La erupcion unida al primer período de la artritis y del empeine, reviste la forma aguda; en cada una de las dos enfermedades tiene por tipo la fiebre ortigada propiamente dicha. Este es un carácter comun á las dos especies. En cuanto á los caractéres que pueden servir para distinguirlas, la *urticaria aguda de naturaleza artrítica* (además de los signos deducidos de la constitucion del en-

(1) Bazin. *Leçons sur les affections génériques de la peau*. Paris, 1865, t. II, página 53.

fermo, y de los fenómenos cocomitantes), su desarrollo se favorece ó reanima por el frio (?), la fluxion cutánea se eleva con frecuencia á un alto grado, á veces produce en el tejido de la piel una verdadera hemorragia que persiste despues de la desaparicion de las placas, en forma de manchas negruzcas equimósicas. (*Urticaria perstans* de Willan y Bateman). En fin, el enfermo refiere sensacion de escozor con punzadas y latidos de las partes afectas. La *urticaria aguda empeinosa* se observa sobre todo en las mujeres y los sugetos de temperamento nervioso, bajo la influencia de emociones morales vivas. El calor y la permanencia en la cama favorecen ó aceleran el desarrollo de la erupcion y la comezon penosa que la acompañan (Bazin).

La erupcion de urticaria que Bazin refiere al segundo y aun al tercer período del herpes ó de la artritis, es de importancia su conocimiento para la práctica, se adopten ó no los dos orígenes á los que las refiere Bazin. Presentaremos los caractéres con cuyo auxilio cree este autor se las puede distinguir entre sí, pero hay uno que las distingue de las demás especies de urticaria, la cronicidad. Este carácter constituye de la urticaria (herpética ó artrítica) una afeccion de las mas penosas; puede durar meses, y aun años, y otras veces durar como la vida del individuo. Aparece sin fiebre, sin ningun síntoma que la anuncie, no presenta nunca la forma aguda, pero reviste desde su principio el curso que la distingue; esto no es que la erupcion de cada elemento dure mas que lo ordinario de un modo bien marcado, pero las erupciones se suceden casi sin intervalos. «No es raro ver hácia su declinacion, degenerar la urticaria crónica en cualquiera otra erupcion, prurigo, líquen, herpes ó pénfigo, sea que se produzca una trasformacion verdadera, sea que se presente una sucesion sencilla de dos manifestaciones producidas por la misma causa interna, en dos períodos de su evolucion (1):»

Urticaria crónica artrítica (cnidosis artrítica de Bazin).—Esta especie de urticaria, bien conocida mucho tiempo hace, está constituida, no por simples placas superficiales, sino por especies de nudosidades, de rojo oscuro, penetrando profundamente en el dermis y produciendo en las partes una tension y molestia considerables. Esta es la *urticaria tuberosa* de Willan y Bateman. Notando que la erupcion se produce en los puntos descubiertos, que se agrupa alrededor de algunas articulaciones; que aparece ordinariamente por la tarde y la noche, que se desarrolla menos veces durante el dia bajo la influencia del frio; y en fin, que produce picor y latidos, mas bien que vivos picores, refiere Bazin la artritis como orígen de esta urticaria, cuya duracion puede variar de algunos meses á muchos años.

Urticaria crónica herpética (cnidosis herpética de Bazin).—Esta urticaria corresponde exactamente á la *urticaria evanida*. Las placas son redondeadas ó irregulares, á veces representa líneas si-

(1) Bazin, *ibid.* Paris, 1865, t. II, p. 31.

nuosas y salientes *(urticaria gyrata)*, unas veces completamente pálidas desprovistas de areola eritematosa, otras veces descoloridas en su centro. Las placas están generalmente diseminadas sobre las diversas partes del cuerpo; otras veces se agrupan superficies mas ó menos extensas *(urticaria conferta)*, de donde resulta una tumefaccion particular *(urticaria edematosa)* que se produce en las regiones en que el tejido celular es flojo y poco abundante (escroto, párpados) (Bazin). El calor de la cama, la inmediacion de la noche favorecen el desarrollo de la erupcion. Afeccion de las mas tenaces y mas propias á recidivar, va precedida y acompañada de prurito en el mayor grado de intensidad, que suele persistir aun durante el dia cuando solo se observan simples pápulas rosadas, á penas perceptibles.

§ IV.—Diagnóstico.

«En el *lichen urticans*, que pudiera tomarse, dice Cazenave, por algunos casos de urticaria, las pápulas son redondeadas, mucho menos extensas, menos prominentes, su color es mas oscuro, resisten mas á la presion del dedo, jamás desaparecen espontáneamente, y presentan siempre en los alrededores los elementos propios del líquen, verdaderas pápulas que basta haber visto una sola vez para no confundirlas jamás con las placas de la urticaria.

»La *urticaria tuberosa* podria, en algunas circunstancias, confundirse con el *eritema nudoso;* pero el curso agudo, contínuo y persistente del eritema, bastará en todos los casos para separarle de esta variedad grave de la urticaria, que se presenta con caractéres enteramente opuestos.» (Cazenave.)

§ V.—Tratamiento.

Indicarèmos la utilidad de las *emisiones sanguineas*, y principalmente de la *sangría general*, cuando la fiebre es intensa y la agitacion es grande. En semejante caso siempre he visto que la sangría produce una calma notable de un dia para otro, y nunca la he visto producir el menor accidente.

«La urticaria, dice Cazenave, que es el resultado de las causas directas, no reclama las mas veces ningun tratamiento. Las *aplicaciones locales aciduladas*, un *baño tibio* ó dos y las *limonadas ligeras*, serian los únicos medios que se deberian emplear si la erupcion no desapareciese prontamente. Las *lociones con el acetato de plomo líquido*, dilatado en agua, con una solucion de *subcarbonato de potasa*, y aun los *baños generales convertidos en alcalinos por la adicion de esta sal*, son algunas veces necesarios para calmar las comezones muy vivas, so-

bre todo cuando la erupcion ha sido producida por el contacto de ciertas orugas.

»La *urticaria febril simple* cede fácilmente á un *régimen severo*, á las *bebidas refrigerantes* y á algunos *baños tibios*. Algunas veces tambien son muy útiles los *purgantes ligeros;* pero cuando es el resultado de la ingestion de ciertos alimentos, es necesario apresurarse á *promover el vómito*, si no se ha verificado ya. En seguida se dará una *bebida muy acidulada* (1 ó 2 gramos 18 gotas á media dracma) de ácido sulfúrico medicinal por dos cuartillos de agua de cebada, ó bien agua azucarada, y *cada media hora de treinta á cuarenta gotas de éter* en un terron de azúcar.»

Estanislao Martin (1) dice que una cucharada de *alcoholado de melisa*, disipa casi instantáneamente la inflamacion del vientre, las ganas de vomitar y la comezon de la piel, *cuando la urticaria es producida por alimentos irritantes, y sobre todo por las almejas.*

Segun la naturaleza artrítica ó empeinosa de la urticaria, se prescribirán las medicaciones convenientes á las dos enfermedades constitucionales, independientemente de los medios terapéuticos indicados anteriormente y aplicables á todas las especies de urticaria.

En las urticarias simpáticas de enfermedades febriles, el tratamiento debe dirigirse al estado morboso, del que solo es un síntoma la afeccion cutánea, ó una complicacion sin importancia. La indicacion consiste en calmar la comezon por los medios adecuados con la condicion de que no sean contraindicados de ningun modo por el estado morboso principal.

En un caso muy rebelde, en que se emplearon inútilmente muchas medicaciones, aconsejó á la enferma Fabre (2) rodearse algun tiempo antes del período de excitacion, en un *paño mojado* que renovaba con frecuencia, segun se caliente. El exantema desapareció despues de tres semanas de este plan.

El doctor Marrotte (3) ha obtenido la curacion de una urticaria crónica, que se habia resistido durante mas de seis meses á diversas medicaciones, por medio de unas píldoras que contenian 5 centígramos (un grano) de extracto de *acónito*, tomando dos al dia para empezar, y aumentándolas rápidamente hasta doce. En tres semanas se completó la curacion.

«*Cuando la urticaria acompaña á la fiebre intermitente* es necesario combatir esta última afeccion por una medicacion conveniente; así es como se obtienen frecuentemente muy buenos resultados del *sulfato de quinina*; los accesos febriles cesan, y las mas veces desaparece con ellos la erupcion. Por último, *si hubiese fallado*

(1) Stanislao Martin, *Bulletin général de thérapeutique*, Mayo 1850, p. 410.

(2) Fabre, *Ann. de la Soc. de méd. de Roulers* y *Journal des connaissances médico-chirurg.*, 16 Mayo 1851.

(3) Marrotte, *Annales de thérapeutique*, y *Journal des connaissances médico-chirurg.*, Agosto 1847.

la quina, y si se presentase la urticaria intermitente con los síntomas graves de que hemos hablado, ya hemos visto mas arriba que se pudiera recurrir á la *solucion de Fowler* con probabilidad de buen éxito.» (Cazenave.)

CAPÍTULO II.

Formas vesiculosas.

Las vesículas están constituidas por pequeños depósitos de serosidad en forma de gotas que elevan la epidermis. La serosidad es primero trasparente; puede hacerse lechosa, pero purulenta, y cuando se rompe la vesícula, toma la enfermedad otro aspecto, que se describirá en cada uno de los dos géneros que estudiaremos sucesivamente con los nombres de *herpes* y *eczema*.

ARTÍCULO PRIMERO.

HERPES.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se designa bajo el nombre de *herpes* una erupcion de vesículas reunidas en grupos sobre una base inflamada, y dispuestas de modo que ocupen una ó mas superficies circunscritas y separadas entre sí por intervalos en los que la piel está sana.

Las diferentes denominaciones que los autores han dado al herpes, proceden ó de su forma ó del sitio que ocupa. Tales son el *herpes zona* ó *zoster*, el *herpes circinatus* ú *orbicular*, *iris*, etc. El herpes propiamente dicho, es el *herpes flictenoides de Alibert*, etc. Ya daré á conocer mas adelante los demás nombres que se han dado á esta afeccion.

En el estado agudo, el herpes es una enfermedad bastante *frecuente*, y sobre todo se presenta bajo la forma que ha recibido el nombre de *zona;* las formas crónicas son menos comunes, y algunas de ellas bastante raras.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—El herpes puede desarrollarse en todas *edades*, pero se le encuentra mas frecuentemente en la juventud y en la edad adulta.

Las *mujeres*, las personas rubias, de piel fina y blanca, de *temperamento nervioso*, están, segun muchos autores, predispuestas á las

diversas especies de herpes, y como hacen notar Rayer y Cazenave, se encuentran las mas veces en el *estío*.

Tres enfermedades constitucionales, la sífilis, el empeine y la artritis, predisponen tanto al herpes que se las puede considerar como una de sus manifestaciones cutáneas.

2.° *Causas ocasionales*.—En un gran número de casos el herpes se presenta sin que sea posible descubrir la causa. Muchas veces se ha atribuido su aparicion á la influencia del *frio*, á la *insolacion* y á los *cambios de estacion*. En algunas formas la afeccion tiene por causa el contacto de ciertas *materias irritantes*, como por ejemplo, el moco de la coriza en el labio superior en el *herpes labial*, de ciertos flujos crónicos de la vagina en el *herpes prepucial*, y los cosméticos en el *herpes circinatus*.

Se ha visto sobrevenir el herpes á consecuencia de una *emocion moral* viva, de fatigas excesivas, de largas vigilias, y despues de un *movimiento febril* prolongado mas ó menos tiempo. En semejante caso el *herpes labial* es el que se presenta.

Tambien se observan con frecuencia diversas variedades de herpes durante el período de germinacion del *trichophyton* (1) parásito vegetal del que nos ocuparemos mas adelante. Tambien entonces veremos que el *herpes, por sí mismo, no es contagioso*.

§ III.—Síntomas.

1.° *Herpes en general*.—Las mas veces sin que haya habido ningun síntoma general, se ve aparecer en las partes que van á ser el asiento de la erupcion, una multitud de *pequeños puntos rojos* reunidos y aglomerados en un espacio muy limitado. Al mismo tiempo el enfermo experimenta una *sensacion de escozor* muchas veces muy viva, y algunas veces una especie de *quemadura*. Estos fenómenos, que son mas sensibles en el *herpes zona*, preceden con frecuencia á la erupcion algunos dias.

Al dia siguiente se encuentra una superficie roja, inflamada, una multitud de *vesículas pequeñas*, llenas de un *líquido seroso*, resistentes, aglomeradas, y que presentan el volúmen de un grano de mijo (*herpes miliar*), y en algunos puntos el de un guisante pequeño. Su forma es globulosa, y son duras, trasparentes, de color opalino y plateado. Los *grupos*, rodeados como una areola eritematosa por la rubicundez que los circunscribe, están ordinariamente compuestos de quince á cincuenta vesículas. Estas se marchitan y se aplanan del cuarto al quinto dia; el *líquido que contienen se hace purulento*, y despues se deseca en costras *parduscas* que no tardan en caerse. En algunos puntos es reabsorbido, y la erupcion se termina por una ligera descamacion. «Yo he visto, dice Cazenave, principal-

(1) Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites*. Paris, 1853.

mente en los ancianos, seguirse *úlceras superficiales* á vesículas blandas, mal distendidas por un líquido sanioso.»

Cuando la enfermedad ha desaparecido, se encuentran todavia en el sitio que ocupaba, *impresiones rojizas* que pueden persistir mas de un mes. Asímismo se ve que en muchos casos persisten *dolores* muy vivos aunque haya desaparecido la erupcion.

Esta erupcion, limitada algunas veces á una placa vesiculosa, cuya extension varía desde la de un escudo hasta la de la palma de la mano, se compone la mas veces de varios grupos que ocupan muchos puntos á la vez, sea que los haya invadido simultáneamente, ó que los haya atacado de un modo sucesivo.

Tal es la descripcion de la forma del herpes, que se puede mirar como el tipo del género.

2.° *Herpes flictenoides.*—Esta afeccion cutánea va frecuentemente precedida ó acompañada de *fenómenos generales*. Estos no consisten las mas veces sino en algun poco de anorexia y de sed, y en un ligero movimiento febril que se disipan prontamente. El herpes flictenoides, que como su nombre lo indica, está caracterizado por vesículas bastantes gruesas para asemejarse á flictenas, tiene una duracion de dos á tres setenarios. Puede ocupar todas las regiones del cuerpo, y se encuentra principalmente en las mejillas, pecho y brazos.

El herpes flictenoides aparece bajo la influencia de errores del régimen, de emociones morales y va acompañado de movimiento febril (*H. pseudo-exantemático*); con frecuencia depende de la accion de agentes irritantes locales (*H. artificial*); tambien es á veces un fenómeno crítico en las afecciones graves (neumonía, fiebres intermitentes); en fin, es sintomática en el empeine la artritis y la sífilis.

Segun Bazin, el herpes flictenoides de naturaleza herpética, es determinado por las emociones morales, mientras que el artrítico reconoce como causa la impresion del frio. En este último, además de los caractéres que le son comunes con otras artrítides, las vesículas ofrecen un volúmen desigual que contrasta con el de los mismos elementos en el herpes empeinoso. En el herpes sifilítico, en fin, la existencia de una coloracion roja cobriza, la disposicion de la erupcion en corimbos ó en círculos, los síntomas venéreos concomitantes pondrán en via del diagnóstico (1).

3.° *Herpes labial.*—Esta variedad, que no merece una descripcion aparte, nos presenta en un punto circunscrito de la abertura bucal los fenómenos de erupcion que vamos á indicar. Todo lo que se debe añadir es que en el punto del labio en que debe salir el herpes, se siente un *calor acre y quemante*, seguido bien pronto de una *hinchazon* bastante marcada. La superficie está roja y reluciente, y no tarda en cubrirse de las vesículas características. Estas no ocupan las mas veces sino una parte muy reducida de uno de los labios, y ordinaria-

(1) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 122.

mente el punto en que la mucosa se confunde con la piel. El herpes labial recorre rápidamente su curso; el líquido de sus vesículas se concreta en *costras pardas* que se caen del sétimo al octavo dia. Si se arrancan se forman otras nuevas que persisten largo tiempo.

De un modo general puede decirse que las circunstancias etiológicas se confunden con las que hemos recordado al ocuparnos del herpes flictenoides.

Gubler ha visto al *herpes* llamado *labialis* desarrollarse en varios puntos de la cara, en la nariz, en las mejillas, en los párpados y aun en la conjuntiva ocular, donde determina una viva inflamacion. Puede tomar orígen en la cavidad bucal, en el istmo de las fauces, donde produce la *angina lardácea* llamada comun.

4.° *Herpes gutural.*—«1.° La angina lardácea, llamada comun, es una variedad de la angina vulgar *à frigore*, y ocupa su puesto entre las enfermedades producidas por el frio. 2.° La frecuente coincidencia del *herpes labialis*, muchas veces en el mismo lado de la angina, y la similitud incontestables de las lesiones de la boca y del orificio gutural, demuestan claramente la realidad del herpes sobre regiones en apariencia diftéricas. 3.° Pero el herpes, como todos los demás elementos anatómicos de las afecciones tegumentarias, sufre modificaciones sobre las membranas mucosas. Las vesico-pústulas que forma se desprenden del epitelio y presentan al descubierto su exudado plástico; de modo que cuando se hacen confluentes presentan una superficie lardácea mas ó menos extensa. 4.° El aspecto de esta superficie se modifica, aumenta su extension por una secrecion seudo-membranosa sin ulceracion prévia que se extiende sobre las partes inmediatas, es decir, sobre la areola inflamatoria del grupo de herpes. Esta circunstancia indica en las mucosas una marcada tendencia á las exudaciones plásticas, y demuestra que bajo este concepto son intermediarias entre las serosas y la piel. 5.° La capa plástica del herpes gutural presenta exactamente la misma composicion química y microscópica que la película del croup, el contagio que la acompaña no es apreciable por los medios de investigacion mas perfeccionados. Esta identidad no presenta nada que deba sorprendernos, porque los síntomas no son nunca absolutamente patognomónicos; por el contrario, con frecuencia las lesiones son comunes á enfermedades de diversa naturaleza, y solo las causas pueden ser verdaderamente específicas. 6.° A pesar de esta analogía de lesion con la angina diftérica maligna y á pesar de algunas diferencias secundarias con relacion á la erupcion cutánea, la angina diftérica comun, no es en realidad sino un herpes del istmo de las fauces, y merece el nombre de *angina herpética*. 7.° Existen dos variedades de esta angina; en la una, el herpes es primitivo y constituye la lesion única; en la otra sucede á una amigdalitis y se une al flemon tonsilar á la par que una erupcion semejante cubre los labios. Podria llamarse la primera angina de herpes (*angina ab herpete*), y la segunda angina

con herpes (*angina cum herpete*). 8.° Esta afeccion benigna por su naturaleza puede, sin embargo, determinar serias consecuencias en razon de su sitio y del obstáculo que ponen á la alimentacion; esta es al herpes labialis lo que el edema erisipelatoso del orificio superior de la faringe es al de los párpados. 9.° El *herpes gutural* no reclama ningun tratamiento específico. Al principio una emision sanguínea, local ó general suele ser necesaria. Con frecuencia mayor se recurrirá á los emeto-catártricos, útiles para hacer descender el aparato febril y comenzar la resolucion del infarto inflamatorio. En este momento producen buenos resultados las resolutivos cutáneos.

«Las demás indicaciones que hay que llenar son: 1.° calmar los dolores producidos á la deglucion, por medio de estupefacientes aplicados localmente; 2.° favorecer la eliminacion de los productos exudados por medio de gargarismos detersivos y de bebidas emolientes; 3.° mantener el vientre libre con enemas y ligeros laxantes; 4.° dar alimentos blandos ó líquidos, y si no pueden tomarse en suficiente proporcion se suplirán con enemas nutritivos, sosteniendo con los tónicos las fuerzas.... 10.° Consideraciones análogas á las anteriores pueden aplicarse á la oftalmía especial, procedente de la presencia de grupos de herpes sobre la conjuntiva oculo-palpebral, afeccion de la que se consigna un ejemplo en la Memoria (1).»

5.° *Herpes prepucial.*—Biett es el primero que ha llamado la atencion sobre esta variedad de herpes, en la cual ha distinguido dos estados bien marcados: el estado agudo y el estado crónico.

En el *estado agudo* la erupcion se anuncia por la presencia de algunas *manchas* rojas, de extension variable, que rara vez pasan del grandor de una peseta. Estas manchas se cubren bien pronto de pequeñas *vesículas* globulosas y trasparentes. Si la *erupcion tiene por asiento la cara externa del prepucio*, la inflamacion es poco considerable, el líquido de las vesículas se reabsorbe y hay una ligera descamacion; algunas veces se forman pequeñas costras y esta afeccion se termina en el espacio de un setenario.

Si por el contrario el herpes se desarrolla en la cara interna del prepucio, la inflamacion es fuerte, las placas vesiculosas son de un color rojo tan vivo, que las vesículas, en razon de su trasparencia, parecen rojas; son muy pequeñas, pero se engruesan rápidamente y se reunen entre sí por pequeños grupos confluentes. Algunas veces se verifica la resolucion; pero lo mas frecuente es que las vesículas se rasguen y dejen en pos de sí pequeñas *erosiones* superficiales que conservan la forma redondeada de las vesículas, y desaparecen rápidamente sin dejar ningun vestigio. Un poco de comezon al principio, un escozor ligero cuando hay erosiones, tales son los síntomas que

(1) Gubler, *Mémoire sur l'herpes guttural*, etc. Paris, 1858. Véase tambien Boucard, *Journal de médecine de Lyon*. Agosto 1865, y P. Garnier, *Dictionn. des progrès des sciences médicales*, 1865, p. 378.

acompañan al estado agudo, cuya duracion no pasa de siete ú ocho dias (1).

En el *estado crónico* el herpes prepucial, enfermedad con frecuencia desconocida, consiste en una *sucesion de erupciones* que aparecen con intervalos mas ó menos aproximados. Aumentando gradualmente la inflamacion, acaba por *extenderse á las capas del tejido celular submucoso.* El prepucio se hace cada vez mas áspero, mas difícil de plegarse; su abertura se trasforma en un anillo grueso que se estrecha cada dia mas, y apenas permite el paso de la orina. Tambien puede suceder que el orificio del prepucio se estreche de tal modo *que ya no corresponda exactamente al meato urinario;* entonces no es espelida completamente la orina, y cada emision ocasiona dolor, escozor y viva comezon. En estas condiciones, la extremidad del prepucio está fruncida y arrugada. Los esfuerzos que se hacen para descubrir el glande dan lugar á tracciones y *rasgaduras dolorosas.* Cazenave ha visto en un enfermo atacado de esta forma de herpes, y aunque la estrechez estaba poco adelantada, un parafimosis grave, producido por la inversion forzada del prepucio. Es fácil apreciar los inconvenientes de todas especies que pueden acarrear semejantes condiciones; así, pues, todos los enfermos observados por Biett y Cazenave habian caido en tristeza y abatimiento.

6.° *Herpes zona.*—Descrito largo tiempo aparte y bajo diferentes nombres, tales como *fuego de San Anton*, *fuego sagrado*, *ignis sacer*, *herpes flictenoides en zona*, etc., etc., el herpes *zona ó zoster* entra perfectamente por sus caractéres fundamentales en el tipo que he descrito bajo el nombre de *herpes flictenoides;* sin razon, pues, ciertos autores han querido hacer de ellos una variedad de la erisipela bajo el nombre de *erisipela flictenosa.* Su frecuencia y algunas particularidades de su desarrollo tienen cierta importancia; sin embargo, sin exigir una descripcion expecial, ya se expondrán suficientemente en los pormenores que van á seguir.

La *disposicion á manera de semicinturon*, que le ha valido el nombre de *zona*, es el carácter dominante de la erupcion. En general esta forma tiene su asiento en el tronco, y las mas veces en la base del tórax; se la encuentra tambien en el cuello, en la cara, rara

(1) En este lugar debe hablarse del *herpes generalizado.* Hemos visto anteriormente situarse el herpes en puntos aislados y reconocer causas variadas relativamente á su desarrollo sobre las superficies. Cuando la erupcion de las vesículas se generaliza (excluyéndose la sifílide vesiculosa) es generalmente sintomática de un estado patológico general. Bucquoy la ha visto ocupar toda la superficie del cuerpo en un hombre atacado de *delirium tremens* alcohólico. Lo mas frecuente es que este herpes se acompañe de fiebres efímeras sin gravedad; sin embargo, en un caso recientemente observado en el Hospital de Niños, han visto Julio Simon y Gingeot una *erupcion muy abundante y generalizada de herpes agudo*, *acompañada de un estado general grave y determinaciones morbosas en los intestinos.* Comunicacion á la *Sociedad médica de los hospitales*, sesion de 24 de Mayo de 1865, y *Union medicale*, nueva série, t. XXVI, p. 609.

vez en los miembros solamente, y nunca afecta mas que un solo lado á la vez. Parece que la zona se manifiesta mas frecuentemente á derecha que á izquierda.

Bazin (1) ha visto al zona partir de la línea media de la region lumbar rodear la nalga y terminar en la parte interna del muslo. Hillairet y O. Larcher han observado un hecho semejante partiendo del lado izquierdo del cuerpo.

Siempre tiene la forma de un semicinturon, constituido, no por una série no interrumpida de vesículas, sino por una série de *grupos vesiculosos*, separados por intervalos mas ó menos considerables, en los que la piel está sana. Estos grupos, ordinariamente bastante aproximados, pueden algunas veces hallarse bastante distantes unos de otros, de manera, por ejemplo, que la semizona esté formada por tres ó cuatro placas.

Estas placas rojas, irregularmente redondeadas, aparecen por lo general despues de doce ó veinticuatro horas de prodromos generales (anorexia, fiebre) y de dolores lancinantes sobre las partes que deben ser asiento de la erupcion. Presentan vesículas brillantes, trasparentes, en número variable y del grueso de un grano de mijo. La serosidad que contienen se hace lactescente, opalina, y á veces de un negro particular que tiene á distancia el aspecto de los tegumentos tocados con una disolucion ligera de nitrato de plata. El volúmen de estas vesículas llega pronto al de un guisante pequeño, á veces se fusionan entre sí formando ampollas, por último, al quinto dia de su existencia se cubren de ligeras costras pardas amarillentas, que se caen dejando manchas rojizas que tardan en desaparecer. Sin embargo, si la inflamacion es muy intensa, puede quedar despues de caida la escara una úlcera dolorosa *(zona gangrenosa)*, fenómeno que se observa sobre todo en los viejos de constitucion deteriorada por malas condiciones higiénicas. En general la duracion de un grupo de vesículas es de ocho á diez dias, pero la duracion total de la erupcion varía entre dos ó tres setenarios, excepto el zona gangrenoso (2).

Una circunstancia que ha llamado la atencion de todos los observadores, es el *dolor* local que se siente en cada grupo vesiculoso que le sobrevive y persiste á veces mucho tiempo. Esta última particularidad que ha llamado la atencion, habia sido designada por Pinel (3) y Louis (4), que han referido casos de dolores que persistian muchos años despues de la desaparicion de la erupcion. Los dolores tienen generalmente una intensidad considerable, y afectan la forma de los *dolores nevrálgicos*. Este síntoma no pertenece exclusivamente al zona, sino que se encuentra algunas veces en la forma flictenoides.

(1) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 124.
(2) Bazin, *Ibid*, t. I, p. 125 y 126.
(3) Pinel, *Nosographie philosophique*, art. ZONA.
(4) Louis, *Journal hebdomadaire de médecine*, t. VI, p. 361.

Añadiendo que entre las placas vesiculosas, las que ocupan las extremidades del semizona están ordinariamente mas desarrolladas, y que la erupcion va acompañada casi siempre de síntomas generales, se habrá dicho todo lo que interesa saber en esta forma del herpes.

La naturaleza del zona no se ha interpretado de un modo uniforme. Algunos autores han creido que era una fiebre eruptiva, apoyando su opinion en la regularidad de su curso y en la desaparicion de los fenómenos generales en el momento en que aparece la erupcion. Pero esta regularidad está lejos de ser tan grande como en las fiebres eruptivas; además el zona difiere de estas erupciones por su localizacion, por la ausencia del contagio y la circunstancia de causas accidentales bajo cuya influencia se desarrolla por lo general (frio y emociones morales).

Tambien se ha considerado el zona como una nevralgia. Parrot (1) ha publicado una Memoria en la que procura establecer la naturaleza nevrálgica ó reumática del zona y considerando la erupcion solo como un síntoma accesorio. Funda su opinion en los caractéres del dolor que se parece á las nevrálgicas, y sobre todo en las causas de la afeccion que en casi todas las observaciones recogidas se refieren á un enfriamiento. A. Hardy admite «la frecuente existencia, pero no la constante accion de esta causa que es imposible encontrar en muchos casos. Pero la objecion mas grave que se hace á la doctrina de Parrot consiste en la ausencia completa del dolor observado en ciertos enfermos afectados de zona. ¿Cómo se comprende una nevralgia sin dolor? Admitimos, pues, que el zona es una enfermedad inflamatoria accidental, á la cual la existencia habitual de una verdadera nevralgia da un carácter especial, pero que no puede colocarse ni en la clase de las fiebres, ni en la de las nevralgias (2).

Bazin considera el zona como un pseudo-exantema, unas veces idiopático, otras artrítico, y algunas empeinoso. El *zona artrítico* se presenta mas comunmente en el adulto, sin ser raro en la infancia, época de la vida que es siempre manifiesta esta naturaleza. Se desarrolla bajo la influencia de las mismas variaciones de temperatura que las demás artrítides, la inflamacion es mas intensa, las vesículas agrupadas mas irregularmente y presentan entre sí mas desigualdad de volúmen que en las zonas de diversa naturaleza. La *zona herpética*, mas frecuente en la vejez que en la edad adulta, se produce con frecuencia por las emociones morales, y va acompañada de ictericia en cierto número de casos. En la zona artrítica se encuentra al nivel

(1) Parrot, *Considérations sur le zona (Union médicale;* Marzo 1856). Véase tambien con este objeto Charcot, *Note sur quelques cas d'affection de la peu dépendant d'une influence du système nerveux (Jornal de physiologie* de Brown-Séquard. 1859, t. II, p. 110).

(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, publicadas por Garnier. París, 1859.

de la erupcion un dolor tensivo que aumenta cuando el enfermo hace movimientos bruscos, tiene su asiento en los músculos y desaparece al mismo tiempo que los grupos vesiculosos. En el zona herpético, los dolores nevrálgicos preceden con frecuencia; y generalmente acompañan ó siguen á la erupcion que á veces aparece entonces como síntoma secundario (1). Hillairet y O. Larcher han observado en el Hospital de San Luis, siete enfermos en los que no podia referirse la erupcion ni á la artritis ni al empeine, y que ni antes de la erupcion, ni durante su curso, ni aun quince dias despues no se observa ningun dolor espontáneo ni provocado, á no ser una ligera sensacion de picor en la piel sobre lo que los enfermos no habian llamado la atencion. En estos siete casos parecia ser el zona idiopático.

7.° *Herpes circinatus ú orbicular* (2).—Esta es una variedad de forma que tiene por carácter particular el presentarse bajo el aspecto de *círculos completos* mas ó menos extensos, *cuyo centro está ensanchado y ordinariamente intacto.* Los *bordes* rojos é inflamados se cubren de *vejiguillas globulosas* sumamente pequeñas, á las que se suceden *escamitas* tan delgadas y tan ténues algunas veces que forman una especie de harina.

El herpes orbicular ó circinatus se manifiesta por *puntos rojos* del diámetro de una peseta, muchas veces menores, y rara vez de 5 á 6 centímetros; estos puntos tienen siempre el aspecto de un *disco bien redondeado*; al principio este carácter es menos sensible, sobre todo cuando el punto rojo es muy limitado.

En algunos casos los *discos* van ensanchándose, y adquieren así una extension bastante considerable; entonces son poco numerosos, y aun puede muy bien no haber mas que uno solo. Otras veces existen en gran número, se acercan y confunden de manera que no presentan sino una placa harinosa que se pudiera tomar por un eczema escamoso, si buscando en la circunferencia de la erupcion no se hallasen porciones de círculo que recuerdan el carácter de la enfermedad. Cazenave ha descrito con mucho cuidado esta variedad, que ha llamado *herpes escamoso.*

El herpes orbicular ó circinatus tiene su *sitio* predilecto: en efecto, el cuello y la cara son los puntos en que se encuentra con mas frecuencia.

La *duracion* de esta enfermedad, que no es ordinariamente mas que de ocho á diez dias cuando la erupcion está constituida por una sola placa, puede pasar de dos á tres setenarios cuando se hacen varias erupciones sucesivas de discos vesiculosos.

Bazin ha demostrado que el herpes circinatus constituye una de las formas eruptivas, bajo las cuales se traduce desde luego el trico-

(1) Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, t. I, p. 126 y 127.

(2) Devergie, ha descrito recientemente una especie de *herpes de forma cuadrilátera*, unida á la existencia del *trocofyton*, aunque ni Ad. Gubler ni él hayan podido encontrar el hongo. (*Union médicale*, 3 Abril 1866).

fyton cuando se observa en la piel del hombre. La aparicion de placas va generalmente precedida de un prurito simple; en algunos enfermos la comezon es muy intensa, obligándolos á rascarse, siendo esta una causa de trasporte de la enfermedad de uno á otro punto del cuerpo. Esta es tambien una fuente de contagio, y si se observa con mas frecuencia en el miembro derecho que en el izquierdo, es porque hay mas costumbre de servirse del primero que del segundo (1). Hillairet ha visto un caso en el que ha podido establecer la existencia anterior de relaciones ilícitas y precisar exactamente la posicion respectiva de los dos interesados, por la sola inspeccion comparativa de los puntos del cuerpo de cada uno, sobre que aparecian las placas del herpes circinado (2). Se concibe que si en semejante caso, en lugar de tratarse de un diagnóstico puramente médico, se ventilase una cuestion médico-legal podria darse á la contestacion una precision casi matemática, apoyándose en el grado de evolucion de la afeccion cutánea y sobre los puntos en que se demuestra su existencia.

8.° *Herpes iris é hydroa.*—Los autores no están de acuerdo sobre lo que debe entenderse con el nombre de herpes iris. Mientras que en efecto, Gibert, Cazenave, Devergie (3), parece creer que lo que describen es el herpes iris de Bateman; Bazin «despues de una hora de atenta y repetida lectura del autor inglés, no ha dudado en declarar que la descripcion presentada por Bateman se aplica á una variedad de hydroa y no al herpes parasitario de anillos múltiples y concéntricos» (4). Presentaremos tambien, segun este autor, la descripcion del hydroa y los caractéres que sirven para distinguirle del herpes iris. «El herpes iris de Bateman es un herpes de vesículas gruesas como el flictenoide; el herpes iris parasitario es un herpes de vesículas casi imperceptibles como el circinado. En la primera afeccion existen primero prodromos, y su curso es mas rápido que en el segundo... El asiento topográfico no es el mismo, en el iris de Bateman la afeccion ocupa constantemente el dorso de las manos, la palma, los dedos, las rodillas, los pies, la mucosa de los labios y la de la boca: en el iris parasitario, todas las regiones indistintamente, pero particularmente las muñecas y los pechos, las partes descubiertas. En el herpes de vesículas gruesas las placas son mas numerosas que en el iris de vesículas muy ténues. En el hydroa ó en el iris de Bateman, la placa es contínua, los elementos que la constituyen están unidos, contiguos; la evolucion de esta placa se produce del modo siguiente: á una mancha rosada, efímera, sucede muy pronto una vesícula que se umbilica, se deprime en su centro, que se trasforma en una pequeña costra oscura ó negruzca, mientras que la circunfe-

(1) Bazin, *loc. cit.*, p. 106 y 107.
(2) Hillairet, comunicacion oral de Julio 1865.
(3) Devergie en una edicion posterior á su obra, ha mudado de lugar al herpes iris y le coloca entre los herpes de vesículas gruesas.
(4) Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, t. I, p. 108 y siguientes.

rencia se deprime y forma como un círculo blanquecino. Por fuera de este círculo, se forma una areola inflamatoria de color rojo mas ó menos pronunciado; en el contorno de esta areola se forma una nueva produccion de vesículas flictenoides reunidas y confundidas, constituyendo un rodete circular, saliente, de blanco amarillento, que no tarda en rodearse á su vez de una segunda areola inflamatoria de rojo mas ó menos intenso... Sobre las placas de íris de Bateman, los cambios de color son muy marcados; así se observa del centro á la circunferencia una mancha morena amarillenta, despues un círculo rojizo, un rodete blanquecino, y por último un círculo rojo intenso. La extension de la placa excede rara vez del diámetro de una peseta. En el *íris parasitorio* (herpes íris propiamente dicho), las placas son por lo general mas anchas, presentando dimensiones que varian desde la de una moneda de dos pesetas hasta la de un duro, son menos salientes y presentan tintes menos marcados; su evolucion es mas rápida y se oculta á veces á la vista del observador. El centro de la placa está unas veces vacío, y otras lleno de pequeñas granulaciones vesiculosas ó ligeras escamitas; por fuera de este círculo se ven algunos pequeños grupos vesiculosos ó ligeras escamas, y despues un segundo anillo. En la mayoría de los casos, la placa solo presenta dos anillos concéntricos, pero otras veces tres, y entonces el segundo se encuentra separado del tercero por grupos vesiculosos ó escamosos análogos á los que existen entre el primer anillo y el segundo.» Para completar lo que antecede, añadimos «que el hydroa comienza siempre por una vesícula única, y no por un grupo de pequeñas vesículas, como puede verificarse en el íris parasitorio, cuyas vesículas iniciales son ténues como las del herpes circinato.» Esta particular evolucion del hydroa ha determinado á Bazin á formar un género distinto del herpes ordinario. Para él el herpes íris de los autores es siempre parasitario, mientras que el hydroa es siempre una manifestacion artrítica aguda ó crónica, pues que puede prolongarse cinco ó seis meses. El hidroa sucesivo ó crónico no presenta por lo comun mas que una sola vesícula, y con frecuencia solo en algunos puntos una mancha eritematosa, no produciéndose la vesícula. Esta puede tambien afectar tres formas que constituyan el hydroa vesiculoso, el vacuniforme (olophlyctide crónico de Alibert), y el flictenoso (pénfigo de pequeñas flictenas (1).

9.° *Herpes nummular.*—Este herpes es, segun Bazin una variedad del herpes tricofítico caracterizado por placas redondeadas, circulares, elevadas en su circunferencia y completamente cubiertas de vesículas y de escamas. Segun Devergie, el herpes nummular es una forma bastante comun de la sifílides, así como el herpes circinatus (2).

10.° *Herpes tonsurante.*—El herpes que acompaña á la *tiña ton-*

(1) Bazin, *Leçons sur les affectiones cutanées de nature arthritique.*
(2) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 582, 3.ª edicion. Paris, 1863.

surante (1) no difiere por sí mismo de las otras especies de herpes bajo el punto de vista anatómico; sin embargo, como su historia está íntimamente unida á la de las circunstancias etiológicas en que se desenvuelve, referiremos su descripcion en el artículo de las tiñas. Si hemos comprendido aquí el herpes circinado, el herpes íris y el nummular, es porque aunque como el herpes tonsurante reconoce una causa parasitaria, no es esta la única que puede determinarles, y por consecuencia, á título de *afecciones cutáneas comunes*, las hemos descrito, lo que no podemos hacer con el herpes tonsurante.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

«Abriendo las vesículas por medio de una lanceta se reconoce, dice Rayer, que independientemente de la serosidad que contienen, existe en la mayor parte de ellas una pequeña falsa membrana muy adherente á la superficie de la red vascular de la piel. Esta red de color rojo vivo, sobre la cual se ven pequeñas granulaciones formadas por las papilas, presenta á veces puntitos de color rojo amoratado, sobre todo en las vesículas que contienen la serosidad sanguinolenta. Cuando las vesículas se han hecho purulentas, la falsa membrana no existe ó es menos aparente.»

En un caso en que el enfermo sucumbió, Rayer reconoció que los vasos que penetran al través de las areolas del dermis estaban muy inyectados en los puntos correspondientes á aquellos en que se habian desarrollado las vesículas.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Si se recuerda que el herpes tiene por caractéres propios una erupcion de vesículas reunidas en grupos, y que estos grupos, formados sobre una superficie inflamada, están separados por espacios en los que la piel está sana, no se la confundirá con el *eczema*. En efecto, en esta última enfermedad, las vesículas no están ordinariamente dispuestas en grupos, ó si lo están, los forman irregulares. Además, en el eczema las vesículas pequeñas y confluentes no se asemejan á las vesículas globulosas y trasparentes del herpes, vesículas siempre bien aisladas á pesar de su aglomeracion.

Se distinguirán del *pénfigo* las vesículas aisladas y voluminosas del herpes flictenoides, recordando que en el pénfigo son verdaderas ampollas á veces muy juntas, pero nunca aglomeradas en grupos; que estas ampollas son mas anchas y mas redondas; que tienen un curso mas lento, y contienen un líquido trasparente que se precipita hácia su parte mas declive. Pero hay ciertas formas de herpes, como lo hemos visto en el estudio de los síntomas, que se alejan mas ó me-

(1) Véase mas adelante el capítulo AFECCIONES PARASITARIAS CUTÁNEAS.

nos del tipo genérico, y que se pudieran confundir con otras tantas afecciones cutáneas que se asemejan por las apariencias externas; indicando sus caractéres distintivos completaremos el diagnóstico del herpes.

En razon de su sitio, el *herpes prepucial* ha sido tomado por una *afeccion sifilítica*, y este error ha conducido á combatirle por cauterizaciones inútiles, ya que no sean peligrosas. En el *período vesiculoso*, se conocerá el herpes por el mayor número de vesículas, por la menor rapidez con que se trasforman en ulceraciones en los casos raros en que así sucede, y por la poca profundidad de la inflamacion. Efectivamente, es sabido que en la *úlcera sifilítica* la inflamacion ocupa casi siempre un espesor bastante considerable de la piel.

Cuando el herpes se halla en el *estado escamoso*, las escamas son delgadas, aplastadas, muy diferentes de las costras negruzcas y gruesas de la sífilis. Las erosiones secundarias que á veces acompañan al herpes prepucial, pasajeras y superficiales, serán siempre fáciles de distinguir de las úlceras, cuyos bordes, fondo y forma, etc., tienen caractéres opuestos (1).

La *zona* se diferencia de la *erisipela flictenosa* en que en esta las flictenas que complican el exantema están esparcidas y diseminadas en superficies rojas muy distantes y muy irregularmente repartidas, al paso que las vesículas de la zona están reunidas en grupos, que descansando sobre una superficie menos extensa, están dispuestos en semizona y separados entre sí por espacios en que la piel ha quedado sana. El dolor que sobreviene á la erupcion es tambien un carácter que no se encuentra en la erisipela.

Cuando en el *herpes orbicular ó circinatus*, ó las vesículas están marchitas y reemplazadas por pequeñas escamas, se pudiera tomar la erupcion por un disco de *lepra vulgar (lepra vulgaris)*; pero en esta última el círculo está constituido por un anillo papuloso, al paso que en el herpes la circunferencia no presenta ninguna prominencia, pues toda la superficie de la erupcion es lisa é igual; además las escamas duras, plateadas y cambiantes de la lepra son tan diferentes de los pequeños restos escamosos grises y desmenuzables del herpes, que es fácil evitar todo error. Tambien será preciso recordar que existen muchas veces en los límites del herpes algunas vesículas, y que es raro que la lepra vulgar se halle constituida por un solo anillo.

El *líquen circunscrito*, cuyo círculo está lleno, sin punto central en el que la piel se halle sana, cuya superficie está áspera y como granulosa, se distinguirá siempre por estos caractéres del círculo escamoso, liso y regular del herpes orbicular ó circinatus.

(1) Véase Valleix, artículo CHANCRE, t. I, p. 429 y 431.

surante (1) no difiere por sí mismo de las otras especies de herpes bajo el punto de vista anatómico; sin embargo, como su historia está íntimamente unida á la de las circunstancias etiológicas en que se desenvuelve, referiremos su descripcion en el artículo de las tiñas. Si hemos comprendido aquí el herpes circinado, el herpes íris y el nummular, es porque aunque como el herpes tonsurante reconoce una causa parasitaria, no es esta la única que puede determinarles, y por consecuencia, á título de *afecciones cutáneas comunes*, las hemos descrito, lo que no podemos hacer con el herpes tonsurante.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

«Abriendo las vesículas por medio de una lanceta se reconoce, dice Rayer, que independientemente de la serosidad que contienen, existe en la mayor parte de ellas una pequeña falsa membrana muy adherente á la superficie de la red vascular de la piel. Esta red de color rojo vivo, sobre la cual se ven pequeñas granulaciones formadas por las papilas, presenta á veces puntitos de color rojo amoratado, sobre todo en las vesículas que contienen la serosidad sanguinolenta. Cuando las vesículas se han hecho purulentas, la falsa membrana no existe ó es menos aparente.»

En un caso en que el enfermo sucumbió, Rayer reconoció que los vasos que penetran al través de las areolas del dermis estaban muy inyectados en los puntos correspondientes á aquellos en que se habian desarrollado las vesículas.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Si se recuerda que el herpes tiene por caractéres propios una erupcion de vesículas reunidas en grupos, y que estos grupos, formados sobre una superficie inflamada, están separados por espacios en los que la piel está sana, no se la confundirá con el *eczema*. En efecto, en esta última enfermedad, las vesículas no están ordinariamente dispuestas en grupos, ó si lo están, los forman irregulares. Además, en el eczema las vesículas pequeñas y confluentes no se asemejan á las vesículas globulosas y trasparentes del herpes, vesículas siempre bien aisladas á pesar de su aglomeracion.

Se distinguirán del *pénfigo* las vesículas aisladas y voluminosas del herpes flictenoides, recordando que en el pénfigo son verdaderas ampollas á veces muy juntas, pero nunca aglomeradas en grupos; que estas ampollas son mas anchas y mas redondas; que tienen un curso mas lento, y contienen un líquido trasparente que se precipita hácia su parte mas declive. Pero hay ciertas formas de herpes, como lo hemos visto en el estudio de los síntomas, que se alejan mas ó me-

(1) Véase mas adelante el capítulo AFECCIONES PARASITARIAS CUTÁNEAS.

nos del tipo genérico, y que se pudieran confundir con otras tantas afecciones cutáneas que se asemejan por las apariencias externas; indicando sus caractéres distintivos completaremos el diagnóstico del herpes.

En razon de su sitio, el *herpes prepucial* ha sido tomado por una *afeccion sifilítica*, y este error ha conducido á combatirle por cauterizaciones inútiles, ya que no sean peligrosas. En el *periodo vesiculoso*, se conocerá el herpes por el mayor número de vesículas, por la menor rapidez con que se trasforman en ulceraciones en los casos raros en que así sucede, y por la poca profundidad de la inflamacion. Efectivamente, es sabido que en la *úlcera sifilítica* la inflamacion ocupa casi siempre un espesor bastante considerable de la piel.

Cuando el herpes se halla en el *estado escamoso*, las escamas son delgadas, aplastadas, muy diferentes de las costras negruzcas y gruesas de la sífilis. Las erosiones secundarias que á veces acompañan al herpes prepucial, pasajeras y superficiales, serán siempre fáciles de distinguir de las úlceras, cuyos bordes, fondo y forma, etc., tienen caractéres opuestos (1).

La *zona* se diferencia de la *erisipela flictenosa* en que en esta las flictenas que complican el exantema están esparcidas y diseminadas en superficies rojas muy distantes y muy irregularmente repartidas, al paso que las vesículas de la zona están reunidas en grupos, que descansando sobre una superficie menos extensa, están dispuestos en semizona y separados entre sí por espacios en que la piel ha quedado sana. El dolor que sobreviene á la erupcion es tambien un carácter que no se encuentra en la erisipela.

Cuando en el *herpes orbicular ó circinatus*, ó las vesículas están marchitas y reemplazadas por pequeñas escamas, se pudiera tomar la erupcion por un disco de *lepra vulgar (lepra vulgaris)*; pero en esta última el círculo está constituido por un anillo papuloso, al paso que en el herpes la circunferencia no presenta ninguna prominencia, pues toda la superficie de la erupcion es lisa é igual; además las escamas duras, plateadas y cambiantes de la lepra son tan diferentes de los pequeños restos escamosos grises y desmenuzables del herpes, que es fácil evitar todo error. Tambien será preciso recordar que existen muchas veces en los límites del herpes algunas vesículas, y que es raro que la lepra vulgar se halle constituida por un solo anillo.

El *líquen circunscrito*, cuyo círculo está lleno, sin punto central en el que la piel se halle sana, cuya superficie está áspera y como granulosa, se distinguirá siempre por estos caractéres del círculo escamoso, liso y regular del herpes orbicular ó circinatus.

(1) Véase Valleix, artículo CHANCRE, t. I, p. 429 y 431.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos del herpes flictenoides y del eczema agudo.*

HERPES FLICTENOIDES.	ECZEMA AGUDO.
Vesículas dispuestas en *grupos*, globulosas y trasparentes.	Vesículas *irregularmente aglomeradas* y pequeñas.
Sobre *una base inflamada*.	Sobre *una base no inflamada*.

2.° *Signos distintivos del herpes flictenoides y del pénfigo.*

HERPES FLICTENOIDES.	PÉNFIGO.
Vesículas globulosas dispuestas en grupos.	*Flictenas aisladas*, *mas anchas* y mas redondas.
Desarrollo *rápido;* el líquido se pone pronto *turbio*.	Curso *mas lento*; líquido *trasparente* que se precipita hácia la parte mas declive.

3.° *Signos distintivos de la zona y de la erisipela flictenosa.*

ZONA.	ERISIPELA FLICTENOSA.
Vesículas sobre un fondo *rojo limitado*.	*Flictenas en una ancha superficie inflamada.*
Vesículas dispuestas en *grupos* y en *semizonas*, quedando la *piel sana en el intervalo*.	*Flictenas aisladas y esparcidas sobre el fondo rojo.*
Dolor que *persiste á veces mucho tiempo despues de desaparecer la erupcion.*	Dolor que *cesa con el exantema.*

4.° *Signos distintivos del herpes orbicular y de la lepra vulgar.*

HERPES ORBICULAR.	PSORIASIS.
Círculo *sin prominencia*.	Círculo *prominente* y papuloso.
Superficie *lisa* é igual.	Superficie *desigual*.
Escamas ligeras, en porciones, *grises y desmenuzables*.	*Escamas* cambiantes, *plateadas y duras*.
Vesículas en el contorno del herpes.	*No hay vesículas.*
Un *solo disco* herpético.	Rara vez hay un círculo *único*.

5.° *Signos distintivos del herpes orbicular y del líquen circunscrito.*

HERPES ORBICULAR.	LÍQUEN CIRCUNSCRITO.
Círculo con el *centro sano*.	En el centro del círculo *no está la piel sana*.
Superficie *igual*.	Superficie *áspera*.
Disco *regular*.	Disco *irregular*; grupos de *pápulas*.
Presencia de un hongo (*trichophyton*).	Ausencia del hongo.

Pronóstico.—En la mayor parte de sus formas, el herpes es una enfermedad que nada tiene de grave, pues recorre rápidamente sus períodos sin afectar profundamente la salud general. El *herpes prepucial* crónico ocasiona por su persistencia y por los innumerables inconvenientes que acarrea una tristeza y un desaliento que hacen de esta afeccion una de las que mas merecen llamar la atencion del médico. En cuanto al *herpes tonsurante*, tiene una larga duracion y es difícil de curar; además su propiedad contagiosa le da un carácter de gravedad tal, que nunca se tendrá demasiado presente, cuando el médico sea llamado para asistir á las casas en que hay reunidos mayor ó menor número de niños.

§ VI.—Tratamiento.

La poca gravedad que presenta el herpes, la dificultad bien conocida de impedirle recorrer regularmente sus períodos en sus formas agudas, hacen que el *tratamiento* de esta enfermedad se reasuma en algunos pormenores, de los cuales los mas importantes son los que se refieren á ciertas variedades notables por su larga duracion.

1.° *Tratamiento del herpes en el estado agudo.*—Cuando la enfermedad es ligera y se verifica la erupcion en una superficie poco extensa, y los síntomas generales son nulos ó poco marcados, bastan la *quietud*, el uso de una *tisana refrigerante*, tal como el agua de cebada ó la limonada, y una *dieta ligera*, y la curacion se obtiene hácia el fin del primer setenario.

Si, por el contrario, se desarrollan los grupos vesiculosos en gran número y se acompañan de un movimiento febril marcado, con violento dolor en los puntos ocupados por la erupcion, como algunas veces se verifica en el *herpes zona*, algunos médicos han aconsejado las *emisiones sanguíneas generales y locales*. Si á pesar del uso de estos medios persistiesen estos primeros síntomas, Rayer recurre á la sangría. «Cuando los enfermos, dice, rehusaban la sangría yo hacia aplicar una guirnalda de sanguijuelas hácia los puntos mas dolorosos y prescribia una píldora ó una pocion *narcótica* por la noche. El pronto alivio que se obtiene así, tarda aun muchos dias cuando el médico se limita á un método puramente espectante.»

Los *purgantes*, desechados formalmente por Batemann, y los *vomitivos* administrados sin ningun resultado por Rayer, están en el dia proscritos del tratamiento del herpes.

En el dia la medicacion tópica, casi reducida á algunas precauciones, para la mayor parte de las formas del herpes, no tiene una aplicacion importante sino en algunas variedades. Esta es la razon porqué acabaremos de exponer lo que conviene saber acerca del tratamiento de una afeccion en la que el arte no tiene necesidad de intervenir sino de un modo excepcional.

Lo que Cazenave dice acerca de los efectos de los tópicos respecto

de la zona, da perfectamente una idea del uso que se puede hacer de estos medios en las demás formas agudas del herpes. Los citaremos textualmente.

«Es preciso, dice Cazenave, ser en la *zona* muy sóbrio en las aplicaciones tópicas, sobre todo de las que parece indican la agudeza misma de la erupcion. Así, pues, el médico se podria ver inclinado á combatir la inflamacion por medio de cataplasmas y lociones emolientes; pero, por el contrario, es necesario desechar estos medios que tienen por resultado macerar las vesículas, facilitar su rasgadura y preparar así al enfermo á todos los padecimientos que resultan de este accidente.

»Entre los tópicos cuyo uso puede ser ventajoso, es necesario citar el *agua saturnina* usada en lociones, y el *cerato cuando las vesículas están úlceradas*; pero hay un medio muy sencillo que uso hace muchos años con muy buenos resultados. Para impedir ó á lo menos para atenuar en lo posible la rasgadura de las vesículas, hago *untar los puntos afectados con un poco de aceite dulce*, y luego los hago *espolvorear con almidon seco*. De aquí resulta una especie de capa inerte que defiende á la vesícula y la permite seguir todas sus fases sin verse expuesta á ninguna causa de rotura; por el contrario, se marchita muy rápidamente, se seca en su sitio y la enfermedad se termina por resolucion.»

Este método se halla generalmente adoptado en el dia, y con añadir que se emplean con ventaja algunas *lociones de agua fria* ó con algunas gotas de *acetato de plomo líquido* en el *herpes labial*, las inyecciones emolientes mucilaginosas practicadas entre el prepucio y el glande en el *herpes prepucial*, y algunos baños frios hácia el fin del *herpes flictenoídes*, habré indicado las principales aplicaciones tópicas que convienen en las formas agudas del herpes.

Colodion.—Solo añadiremos que Briquet (1) asegura que el colodion, aplicado muy al principio sobre las placas del zona, detiene inmediatamente su curso y hace cesar todo dolor. Hemos empleado muchas veces esta medicacion, pero sin éxito tan completo; las vesículas adquirieron ciertamente menos elevacion, pero aumentaron en extension; los dolores se calmaron, pero no desaparecieron por completo. Sin embargo, no hay duda que el colodion si se le añade *un gramo de aceite de ricino por* 30 *gramos*, lo que le impide el resquebrajarse, es un buen protector de las vesículas.

Debout ha propuesto tambien extender, desde el principio, sobre la splacas eruptivas para hacer abortar el zona, colodion, conteniendo por cada 15 gramos, 5 decígramos de bicloruro de mercurio; y Devergie ha empleado muchas veces este medio con éxito (2). Este último autor recomienda tambien para hacer desaparecer los dolores

(1) Briquet, *Bulletin gén. de thérap.*, 15 Setiembre, 1850.
(2) A. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 173, 3.ª edicion, Paris, 1863.

rebeldes que deja en pos de sí el zona, el empleo de la siguiente pomada, que se aplica sobre una ancha superficie dos ó tres veces al dia:

R. Extracto de belladona .. 5 gram.	Manteca.................... 30 gram.
Extracto acuoso de opio. 2 gram.	

Recientemente, Crépinel (de Troyes) ha hecho uso de aplicaciones externas de cloroformo en cuatro casos, en que los dolores se calmaron eficazmente. Aconseja hacer cinco ó seis veces al dia una aplicacion de la mezcla siguiente sobre las partes enfermas:

R. Aceite de almendras dulces. 20 gram. | Cloroformo................. 4 gram.

Se aumenta ó disminuye la dósis segun la edad del enfermo y la intensidad de los dolores, que desaparecen generalmente en uno ó dos dias. La curacion es generalmente completa en seis ú ocho dias, sobre todo cuando la enfermedad es reciente (1).

La *cauterizacion* de las vesículas, practicada con el objeto de abreviar la duracion y de disminuir los dolores, es un medio que en muchos casos tiene el inconveniente de exasperar y de agravar los síntomas. Muchos médicos que temen usarla, la reservan para algunos casos excepcionales, pero Rayer, que la ha intentado en la zona, ha llegado á concluir, que si despues de haber abierto y desaguado las vesículas se toca ligeramente su interior con el nitrato de plata, de modo que produzca solamente una pequeña costra superficial, como se practica muchas veces en las aftas, se disminuye la duracion de la zona; que la cauterizacion, que se puede descuidar en las zonas ligeras y discretas, debe emplearse cuando es de temer que se formen escaras y escavaciones en uno ó muchos grupos, como por ejemplo, en el tronco, la cara, etc., etc.

En casos semejantes, recomienda Devergie el uso de los tónicos pulverulentos, polvo de quina, de tanino, etc.; lociones de aguardiente alcanforado, de cloruro de sodio; curas con hilas empapadas en vino hervido con hojas de rosas, uniendo á todo el uso de pomadas calmantes.

2.° *Tratamiento del herpes en el estado crónico.*—En las *formas crónicas* del herpes es en las que los tópicos se usan mas frecuentemente. Así es que en algunos casos en que el *herpes flictenoides* se prolonga y resiste á los medios ordinarios, Cazenave prescribe los *resolutivos*, la *pomada de calomelanos* y aun el *vejigatorio* sobre el grupo vesiculoso. En el *herpes prepucial crónico* se aconsejan *las lociones alcalinas*, los *baños alcalinos* y *sulfurosos*.

Cazenave dice que ha visto surtir muy buenos efectos á las *unturas* dadas con el *óxido de zinc* ó el *precipitado blanco* á la dósis de 1 á 2 gramos por 20 á 30 gramos de manteca de puerco. A estos medios

(1) Crépinel (de Troyes), *Bulletin de la Société de médecine de l'Aube*, 1865, n.° 1.

agrega, como tratamiento interno, ya las *píldoras de Plummer*, ya las *aguas de Enghien*.

Las píldoras de Plummer están compuestas del modo siguiente:

R. Protocloruro de mercurio.............. } aa partes iguales.
Deutosulfuro de antimonio............. }
Zumo de regaliz........................ C. S.

Se hacen píldoras de 10 centígramos.

Cuando existen escoriaciones entre el glande y el prepucio, se introduce en esta region una pequeña cantidad de *hilas finas*, que se humedecen de cuando en cuando con *agua fresca* ó *saturnina*. Biett y Cazenave han usado con buen éxito un pequeño *anillo de esponja preparada*, introducido entre el glande y el prepucio, y será algunas veces necesario para impedir la constriccion progresiva del prepucio y evitar la operacion del fimosis.

Wilson (1) ha obtenido muy buenos efectos del uso del *colodion* extendido con pincel sobre las superficies enfermas.

En cuanto á los *medios internos* que se emplean contra las diversas especies de herpes crónicos no son de mucho valor. Así, pues, me limitaré á indicar el siguiente, recomendado por el doctor Jeoffroy (2).

R. Tintura de iodo... 2 á 30 gotas. | Agua azucarada......... medio vaso.

Independientemente de los medios terapéuticos aplicables al exterior, el tratamiento interno del herpes debe necesariamente variar, segun la naturaleza de la enfermedad, á la que el diagnóstico permite referirla; no volveremos á ocuparnos de los detalles que constituyen en semejantes casos las medicaciones antiartríticas y antiherpéticas. En los casos en que el herpes parece lejano á la sífilis, el camino se encuentra asímismo trazado.

ARTÍCULO II.

ECZEMA.

§ I.—Definicion, sinonimia, frecuencia.

El eczema es una afeccion de la piel, caracterizada por una erupcion de vesículas menudas, numerosas, aglomeradas sobre superficies mas ó menos extensas. Estas vesículas contienen un líquido seroso y trasparente; á veces se marchitan cuando se ha absorbido; pero lo mas frecuente es que al cabo de un tiempo variable, aunque ordinariamente rápido, se rompan y el líquido se concreta en costras mas ó menos espesas.

(1) Wilson, *The. Lancet* et *Répert. de pharm.*, Enero, 1849.
(2) Jeoffroy, véase L. F. Froriep's *Notizen aus dem Gebiete der Natur und Heilkunde*, Weimar, 1831.

La denominacion de eczema, dada por Willan, se ha conservado generalmente por los autores modernos, y excepto algunos detalles, de los que nos ocuparemos á su tiempo, se ha tomado por casi todos en la misma acepcion. Esta designacion corresponde al *herpes escamosus madidans* de Alibert.

La frecuencia del eczema y la dificultad que existe de vencer á una afeccion tan rebelde, explican suficientemente el interés que presenta su estudio.

En un resúmen hecho por el doctor Marcel, quien nos le ha comunicado, en un total de 460 enfermos entrados en el período de nueve meses en las salas que visitaba Devergie en el hospital de San Luis, el eczema formaba una tercera parte.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—El eczema se presenta en todas las *edades*. Por lo regular la época de la primera y de la segunda denticion, dice Rayer (1), es cuando los niños son especialmente atacados. La edad crítica en las *mujeres* predispone al parecer á esta afeccion. Los adultos son con mas frecuencia afectados que los ancianos, y los sugetos de piel fina y delicada están particularmente predispuestos.

Se desarrolla mas frecuentemente en las *estaciones cálidas del año*. Ninguna *constitucion* ni ningun *temperamento* parecen exentos de ella.

No están de acuerdo la mayoría de los dermatólogos en cuanto á la naturaleza del eczema considerado como sintomático de enfermedades constitucionales creando en el enfermo una verdadera predisposicion; en efecto, Hardy (1860) ve en el eczema una de las afecciones cutáneas «que toman orígen en un vicio particular de la economía que puede llamarse *diátesis herpética*;» Bazin (1862) reconoce la existencia de la misma afeccion, «como sintomática de tres enfermedades constitucionales, (la escrófula, las herpes y la artritis);» Gintrac (de Burdeos) añade que á la influencia de estas tres enfermedades la sífilis, Devergie (1863), dice «que evidentemente el eczema se refiere con frecuencia á una causa general desconocida y que cualquiera nombre que se le dé disimulará la dificultad sin resolverla.»

2.° *Causas ocasionales.*—El eczema puede sobrevenir á consecuencia de todas las influencias irritantes que obran exteriormente. Cuando se desarrolla bajo la accion de los rayos solares, constituye el *eczema solar* de Willan.

El uso de las *pomadas irritantes*, de las fricciones alcalinas, de las fricciones en el aceite de laurel ó de croton tiglio, es una causa frecuente de ella. La enfermedad admitida bajo el nombre de *hidrar-*

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, 2.ª edic., t. 1, p. 400.

giria no es, segun Cazenave (1), mas que una erupcion vesiculosa simple, desarrollada bajo la influencia de las fricciones mercuriales. Esta opinion me parece razonable, por lo cual no he asignado á esta afeccion un sitio aparte en este capítulo.

El eczema se encuentra frecuentemente en los sugetos que por su estado manejan habitualmente *sustancias acres* y pulverulentas; así es comun en los refinadores de metales, en los moledores de pinturas, los especieros, los tahoneros y en los sugetos que tienen frecuentemente las manos en agua cargada de materias irritantes.

El eczema puede desarrollarse bajo la influencia de una *emocion moral* viva, á consecuencia de un acceso de terror y de cólera. Este efecto se produce principalmente en las mujeres en la época del puerperio, de la lactancia y de la edad crítica.

En cierto número de casos se ha visto que el eczema aparece exclusivamente durante la *preñez*, y desaparece despues del parto; otras veces la erupcion cutánea dependia evidentemente de trastornos funcionales que tenian su asiento ya en las vias digestivas, ya en el sistema nervioso. El eczema no *es contagioso*.

Tal es la exposicion sumaria de las causas de esta afeccion, y es preciso añadir que con frecuencia desaparece sin que sea posible reconocer su causa.

Cualquiera que sea la opinion que se tenga sobre la influencia que puedan ejercer las enfermedades constitucionales en la produccion del eczema, es evidente en la práctica que entre muchos enfermos sumergidos en idénticas condiciones, bajo las mismas causas irritantes, unos no presentan la erupcion, mientras que en otros aparece y entre estos se curan unos desde que se les sustrae á la causa exterior apreciable, mientras que en otros á pesar de esto resiste largo tiempo el eczema, y aun pasa al estado crónico. Los enfermos atacados de sarna, y hasta los exentos de toda afeccion cutánea presentan á veces ejemplos muy notables.

§ III.—Síntomas.

El eczema presenta tres variedades principales, que son: el *eczema simple*, el *eczema rubrum* ó *rojo*, y el *eczema impetiginoides;* voy, pues, á estudiarlas sucesivamente.

a. Eczema simple.—En su estado mas simple no está precedido ni acompañado de síntomas generales un poco marcados. En una extension poco considerable de la piel, una ligera sensacion de hormigueo anuncia el desarrollo de las *vesículas;* estas aparecen muy pequeñas, sin areola inflamatoria, esparcida en superficies que han

(1) Chausit, *Traité des maladies de la peau*, p. 75.

conservado su color natural, y están llenas de una *serosidad* clara de aspecto brillante.

Despues de uno ó dos dias, el líquido se enturbia, toma un color lechoso, y entonces ó es absorbido ó se derrama por la rotura de la vesícula. En el primer caso la vesícula se marchita y desaparece, dando lugar á una *ligera descamacion;* en el segundo, el líquido se concreta en un pequeño disco escamoso que se cae muy rápidamente.

Un ligero *prurito* acompaña á esta erupcion, que dura siete ú ocho dias y se disipa sin dejar vestigios. Puede durar algo mas tiempo, y entonces consiste en pequeñas erupciones parciales y sucesivas, que todas presentan los mismos caractéres de benignidad.

La erupcion ocupa generalmente un *sitio limitado*, algunas veces es muy extensa, y entonces puede, sobre todo cuando la afeccion ataca á niños de corta edad, constituir una enfermedad que no carece de gravedad.

b. Eczema rubrum.—En esta especie existen *prodromos*. La superficie que va á ser el asiento de la afeccion está caliente, tirante, dolorosa y algunas veces sensiblemente hinchada.

Poco tiempo despues se cubre de una viva rubicundez, y examinando con atencion la parte afectada se descubre en ella una multitud de *vesículas* pequeñas que la erizan como otros tantos puntos brillantes. Bien pronto estas vesículas se engruesan hasta tener el tamaño de cabezas de alfiler, no tardan en marchitarse, y la piel inflamada y eritematosa está sembrada de puntos redondeados y rodeados de un pequeño cordoncillo blanco.

Pero las mas veces, en lugar de reabsorberse, el líquido hecho latescente se derrama á consecuencia de la rotura de las vesículas; la *superficie inflamada se escoria*, y se hace el sitio de una viva irritacion, á medida que es bañada por la exudacion que se establece en ella. La materia de este flujo se concreta en *láminas* delgadas, blandas, poco adherentes, que desprendiéndose dejan al descubierto superficies exudantes inflamadas, y que se cubren bien pronto de las mismas secreciones epidermoideas. Esto es lo que Alibert llamaba *herpes escamoso húmedo.*

La enfermedad que puede estar sostenida por erupciones sucesivas, se termina ordinariamennte al cabo de dos ó tres semanas; pasado este tiempo no queda á la piel mas que un color rojo que pardea y desaparece poco á poco.

c. Eczema impetignoides.—Puede desarrollarse espontáneamente, pero las mas veces sigue al *eczema rubrum.*

En esta variedad la erupcion se manifiesta con una agudeza notable: la piel está rubicunda, tirante é hinchada; su calor es quemante, las *vesículas primitivas* se rasgan prontamente para dar lugar á otras, que contienen primero un líquido menos trasparente, y luego turbio y puriforme. En este momento la vesícula se ha convertido verdaderamente en una *pústula*. Esta trasformacion notable

de la vesícula primitiva en pústula forma el carácter distintivo del eczema impetiginoso. Rayer y Copland (1), como lo ha demostrado Cazenave, se han engañado no viendo en él sino un eczema complicado con pústulas de impétigo. En efecto, sucede con frecuencia que en el mismo individuo se observa en diferentes puntos los diversos grados de la trasformacion que acabo de indicar.

Una vez rotas las vesículas pustulosas *dejan escapar un líquido* que se endurece en *escamas gruesas*, amarillentas, blandas y semejantes á hojas sobrepuestas; al caer se encuentran superficies rojas, de donde mana una serosidad rojiza. Despues de cierto número de erupciones sucesivas, las costras se vuelven á formar con mucha dificultad, y ya nó son mas que las laminillas delgadas, grises y algo secas del eczema. Todo puede terminarse así en el espacio de dos ó tres semanas.

En estas tres variedades, el eczema agudo está rara vez acompañado de síntomas generales graves. Sin embargo, cuando ocupa una gran superficie en sugetos debilitados por la edad, y en los que tienen la piel morena y árida, puede adquirir grande intensidad y determinar una inflamacion que se extienda hasta las capas subyacentes del dermis. Entonces las erupciones son mas frecuentes y mas agudas; las exulceraciones dolorosas surcan la piel, se cubren de escamas húmedas, etc. Despues de la resolucion, la piel conserva un tinte moreno que á veces persiste indefinidamente.

Hemos visto anteriormente que, segun Bazin, el eczema puede ser sintomático de tres enfermedades constitucionales, la escrófula, el herpes y la artritis; tomaremos de este autor los caractéres que asigna á los eczemas escrofuloso y artrítico, considerados como apropiados para hacer distinguir el eczema herpético al que se refiere mas particularmente la descripcion sintomática que antecede.

«El *eczema escrofuloso* ó *escrofúlide benigna exudativa* (2), afeccion comunmente conocida con el nombre de *gurmas*, comienza por una vesícula llena de un líquido seroso, que no tarda en hacerse seropurulento, pero la existencia de esta vesícula es tan efímera que generalmente no se apercibe, y que con mas frecuencia cuando el enfermo se confia á nuestro cuidado presenta en la superficie de la piel de la cabeza, costras amarillo verdosas, húmedas, blancas y exhalando un olor empalagoso y con frecuencia infecto, estas costras presentan en varios puntos fisuras por las que fluye un líquido sero-purulento, que se concreta en otras costras amarillas ó verdosas.

»La exhalacion sero-purulenta no se agota, pero se produce sin que aparezcan sobre el tegumento nuevas producciones vesiculosas.

»Debajo de las costras hay una superficie roja, granulosa, y á ve-

(1) Copland, *Dictionary of practical medicine*, art. ECZEMA.

(2) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 189 y siguientes. Paris, 1862.

ces fungosa, no es raro ver la inflamacion propagarse al tejido celular subcutáneo y producir induraciones profundas, pequeños abscesos ó forúnculos. No dejaremos de llamar suficientemente la atencion sobre esta propagacion de la inflamacion al tejido celular y á los gánglios linfáticos inmediatos, puesto que es uno de los caractéres principales de las inflamaciones escrofulosas.

»Las gurmas pueden ocupar una parte ó la totalidad de la piel del del cráneo, invadir las orejas, cuello, cara, y á veces una gran superficie del cuerpo. Además, la cabeza no es el asiento exclusivo del eczema escrofuloso; esta afeccion puede ocupar primitivamente cualquiera otra region del cuerpo, aunque en la mayoría de los casos comienza por la cabeza ó la cara.

»El eczema escrofuloso no va acompañado de fuertes dolores, cuando se complica con forúnculos, abscesos y adenitis, ni violentos picores cuando pasa al estado crónico..... Los dermatólogos que han sostenido una opinion contraria se han apoyado sobre casos de eczema complicado con la presencia de parásitos del reino vegetal ó animal.

»Cuando el eczema pasa al estado crónico solo se observan costras secas, farináceas, escamosas, blanquecinas ó de un blanco amarillento, formadas en su mayoría por láminas epidérmicas; este período del eczema se ha considerado con el nombre de *seudo-tiña furfurácea.*

»El eczema escrofuloso abre con frecuencia la marcha á los accidentes escrofulosos, comienza en la mas tierna infancia, desaparece á la edad de tres á cuatro años para volver á aparecer bajo la forma de nuevos accidentes, como la oftalmía, etc. Tambien puede continuar como gurma durante la juventud y la edad adulta, y no es raro verla revelar primitivamente la existencia de la escrófula en la juventud ó en la edad adulta. Además puede constituir una forma fija primitiva de la escrófula, entonces parece que se agota toda la manifestacion morbosa en la piel.

»El *eczema artrítico* se presenta bajo la forma de pequeñas placas nummulares bien circunscritas, cuyos bordes claramente limitados, están á veces festonados, y ocupan las partes descubiertas del cuerpo, como la frente, los labios, principalmente el labio superior, la nuca, las sienes, el dorso de los piés y de las manos, las partes genitales, las mamas, etc., á veces la línea media y con mas frecuencia un solo lado del cuerpo. La asimetría constituye uno de los principales caractéres de las afecciones artríticas. Estas placas eczematosas son pequeñas, pasando rara vez del tamaño de una moneda de cinco pesetas, y están separadas entre sí por intervalos de piel sana; sin embargo, á veces se reunen estas placas dando lugar á una superficie eczematosa algo considerable. Cualquiera que sea el sitio que ocupen, presentan una notable secura, se cubren de escamas finas ó de costras amarillentas y laminosas; son acierto de picor intenso que no tarda en dar lugar á latidos y picotazos; presentan una coloracion

morada y dilataciones varicosas de los vasos capilares del dermis en su contorno.

»Este eczema presenta una marcha crónica, desaparece bajo la influencia de un tratamiento apropiado para reaparecer en épocas determinadas, no tarda en generalizarse y desaparece en cierta época de la vida del enfermo, sea porque la enfermedad constitucional tenga un tiempo final, sea porque deje lugar á manifestaciones artríticas de un período mas avanzado (1).»

Devergie (2) ha hecho una division del eczema fundada en su forma morbosa; el eczema independientemente de las otras diferencias que sirven para caracterizar ciertas especies ó variedades, debe aun considerarse bajo un punto de vista diferente, segun que sea simple ó compuesta. Bajo esta última forma su importancia, relativamente á las indicaciones terapéuticas será muy grande, segun se trata de un eczema *impetiginoso*, *liquenoide*, *herpetiforme* ó *soriasiforme*. No discutiremos la cuestion de saber si la enfermedad, como quiere Devergie, hace desde luego con los dos elementos de composicion, ó bien si estas cuatro formas no constituyen sino complicaciones morbosas, y si no hay, como cree A. Cazenave, una doble enfermedad en la que una de ambas afecciones domina. Sin embargo, en una de las mas recientes publicaciones (3) Bazin reconoce la existencia de las cuatro formas descritas por Devergie, é investigando en cada una indicaciones relativas á su naturaleza, ve en el eczema impetiginoso una afeccion de naturaleza escrofulosa, y en el eczema liquenoides una afeccion artrítica.

§ IV.—Sitio de la enfermedad.

El eczema crónico puede afectar todos los puntos del cuerpo; sin embargo, algunas partes de la cubierta cutánea son mas particularmente atacadas, y entonces la afeccion vesiculosa presenta ciertas particularidades que es bueno indicar.

En la *piel de la cabeza* constituye lo que se ha llamado la *tiña amiantácea* y *tiña furfurácea*, y se ha confundido por ciertos autores con la *tiña mucosa*, que segun la observacion de Bateman no es mas que un *impétigo*. Se la reconocerá por los signos siguientes: se presenta, no con costras, sino con escamas amarillentas, blandas, irregulares, acompañadas de una *ligera exudacion* en algunos puntos. Los *cabellos* están libres y poco alterados ó envueltos en una parte de su extensión en una especie de vaina escamosa. La erupcion está siempre acompañada de *prurito, y no es contagiosa*.

En las *orejas* es muy frecuente en la mujer, y constituye una enfermedad muy rebelde. Puede invadir toda la concha y producir su

(1) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 192.
(2) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 149, 3.ª ed. Paris, 1863.
(3) Bazin, *Loc. cit.*, t. I, p. 77.

hipertrofia; en el interior del conducto auditivo, la hinchazon puede ser tal que produzca una *sordera* accidental.

En la cara afecta con frecuencia de eczema, la forma simétrica se propaga muchas veces á las mucosas y con especialidad á la de las narices y aparato de la vision.

El eczema del ombligo es generalmente muy tenaz, la superficie subyacente á las costras cuando estas se caen puede incluirse en el error de tomar esta afeccion benigna con una placa mucosa.

En los *pezones* en las jóvenes, pero sobre todo en las nodrizas, ocasiona grietas frecuentemente muy dolorosas, y provoca el infarto de los gánglios axilares.

Bueno es saber, que entre las causas capaces de provocar el desarrollo del eczema del pezon, el *acarus* figura en primera línea. Mas adelante nos volveremos á ocupar de esta cuestion.

En los *órganos genitales*, en los *muslos* y en el *ano* está caracterizado por comezones insoportables; este prurito, que excita á los enfermos á rascarse irresistiblemente, es sumamente incómodo.

«El eczema de las manos se presenta con condiciones tan especiales que si no se hubiera previsto que era un eczema no se le conoceria. Ofrece dos formas diferentes; la crónica y la aguda. En la primera presenta la enfermedad todos los caractéres del eczema ordinario.... Presenta además aumento en las arrugas de la piel y grietas profundas, que dan á la afeccion gran semejanza con el líquen: tal es lo que comunmente se da el nombre de *sarna de los especieros* y se observa con frecuencia en los que manejan sustancias acres.»

Bajo otro aspecto el eczema crónico de las manos está caracterizado por una ligera descamacion epidérmica que se prolonga mas ó menos tiempo, y que se marca especialmente en la cara palmar de los dedos. De tiempo en tiempo se ven aparecer en las manos algunas vesículas que vienen á demostrar la naturaleza eczematosa de la afeccion (1).

«Segun Bazin, este eczema crónico, una manifestacion herpética, como cree Hardy, es siempre sintomática de la artritis del contacto de sustancias acres, en cuyo caso entra en el grupo de las erupciones artificiales.

«El eczema agudo de las manos presenta síntomas particulares: sobre el dorso ó la palma de las manos aparecen vesículas que tienen el volúmen de un grano de mijo. Si la erupcion es confluente, va acompañada de rubor y tumefaccion notable en la palma de las manos; el espesor del dermis impide la rotura de las vesículas, el líquido que contienen se absorbe y la membrana se aplica sobre el dermis. Entonces se ven las placas amarillas desprenderse dejando al descubierto un epidermis de nueva formacion rojo ó morado (2).»

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1.ª parte, p. 62, 2.ª ed. Paris, 1860.
(2) Bazin, *Loc. cit.*, t. I, p. 193. Paris, 1862.

En el eczema de los piés, al nivel de las regiones provistas de epidermis grueso como el talon, se forma una infiltracion plástica entre las láminas separadas; la rubicundez es poco visible, ocultándose bajo la epidermis, reemplazándose por una coloracion de acre que se parece al tinte cobrizo sifilítico, de lo que resulta que es fácil tomar este eczema artrítico por una sifílide tuberculosa ó pústulo crustácea (1).

El eczema puede hacerse *general*, pero lo es exclusivamente en el estado agudo, y sobre todo en el estado simple.

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

En el *estado agudo* el eczema tiene un *curso* bastante rápido; pero en el *estado crónico* presenta ordinariamente una sucesion de remisiones y de exacerbaciones que hacen muchas veces creer en su próxima terminacion. Cuando toca á su fin, se ve primero que disminuye su secrecion; las escamas, menos anchas y mas delgadas, se reproducen mas lentamente, y la curacion progresa de la circunferencia al centro. Por último, cuando todo ha desaparecido queda una señal morena que algunas veces persiste toda la vida.

No es posible decir con exactitud cuál es la *duracion* del eczma; esta afeccion puede resistirse á todos los tratamientos y tener una duracion indefinida. Esta duracion está tambien subordinada á ciertas condiciones, tales como la antigüedad del mal, las causas que la han producido ó pueden sostenerla, etc.

El eczema es una enfermedad que se cura fácilmente en el estado agudo; es mas rebelde en el estado crónico, y muchas veces no se consigue hacerla desaparecer.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Segun Rayer, los folículos cutáneos se hallan esencialmente afectados en el eczema. Biett situaba la lesion en la membrana vascular de Eichhorn, membrana que tiene por funcion la secrecion epidérmica. Fundándose en los caractéres locales y en la historia de la enfermedad, Cazenave mira al eczema como una afeccion del aparato sudoríparo, y cree que las vesículas se hallan situadas en la extremidad de los conductos sudoríferos inflamados.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

En el estado agudo el eczema puede confundirse en el *herpes y la sarna*.

En cuanto al *herpes*, se evitará el error recordando que los gru-

(1) Bazin, *Loc. cit.*, p. 194.

pos vesiculosos de esta erupcion tienen siempre bien marcados sus límites, que las vesículas son mayores y como perladas, y que dan lugar á una descamacion apenas perceptible.

En la *sarna* las vesículas son puntiagudas, poco trasparentes, están aisladas, discretas y diseminadas en ciertos puntos de predileccion; en efecto, se encuentran en los brazos, en las muñecas y en el vientre; pero sobre todo en el intervalo de los dedos. La presencia del surco formado por el arador cuando se puede reconocer desvanece todas las dudas.

Cualquiera que sea su semejanza con el *impétigo* en ciertos casos, el eczema se distinguirá en que nunca da lugar á costras, que siempre son gruesas, blancas y de color amarillo de ámbar, como se las observa en la afeccion pustulosa.

El eczema, en el estado crónico, pudiera confundirse con el *liquen agrio*, que tiene algunas veces el mismo asiento y presenta una excoriacion y una exudacion análoga á las del eczema. Pero si se recuerda que el *liquen agrio* se halla principalmente caracterizado por una rugosidad notable que denota el estado papuloso primitivo, al paso que la superficie del eczema está lisa y reluciente; que va siempre acompañado de un prurito ardiente, diferente de la comezon del eczema; que en lugar de escamas laminosas está cubierto de pequeñas costras, delgadas y duras, resultado de la ulceracion de las pápulas, se evitará fácilmente todo error.

En cuanto á la *soriasis*, la falta de toda exudacion y de prurito, y el presentar verdaderas escamas delgadas, secas y cambiantes que caracterizan á las afecciones escamosas, disiparán todas las dudas. En el artículo *impétigo* presentaré los caractéres diferenciales del *eczema de la piel de la cabeza*.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.° *Signos distintivos del eczema agudo y del herpes.*

ECZEMA AGUDO.	HERPES.
Vesículas aglomeradas en *superficies mal circunscritas*, apenas visibles.	Vesículas en *grupos bien limitados*, mayores y como perladas.
Descamacion *marcada*.	Descamacion *apenas perceptible*.
Prurito *ligero*.	*Dolor vivo*.

2.° *Signos distintivos del eczema agudo y de la sarna.*

ECZEMA AGUDO.	SARNA.
Vesículas ordinariamente *aplastadas*, trasparentes y *aglomeradas*.	Vesículas *puntiagudas*, poco trasparentes, aisladas y *discretas*.
Salen en *todos los puntos del cuerpo*.	Su sitio de predileccion es la *muñeca*, el *vientre* y los *intervalos de los dedos*.
No hay surcos del arador.	Hay *surcos del arador*.

3.° *Signos distintivos del eczema impetiginoso y del impétigo.*

ECZEMA IMPETIGINOSO.	IMPÉTIGO.
Escamas laminosas, semejantes á hojas sobrepuestas.	*Costras* gruesas, blandas y de color amarillo de ámbar.

4.° *Signos distintivos del eczema crónico y del liquen agrio.*

ECZEMA CRÓNICO.	LIQUEN AGRIO.
Superficie *lisa* y *reluciente.*	Superficie *rugosa* y *papulosa.*
Escamas laminosas.	Pequeñas *costras* delgadas y duras.
Comezones.	*Prurito ardiente.*
Dermis de espesor normal.	Dermis notablemente espesado.

5.° *Signos distintivos del eczema crónico y de la soriasis.*

ECZEMA CRÓNICO.	SORIASIS.
Siempre va acompañado de una ligera *exudacion.*	*Escamas secas,* cambiantes y delgadas.
Prurito.	*No hay prurito.*
Sitio indiferente.	Sitio de predileccion, *codos* y *rodillas.*

Pronóstico.—En el estado agudo el eczema es generalmente una afeccion ligera que se cura pronto; pero en el estado crónico puede tambien, como hemos visto antes, durar un tiempo ilimitado y hacerse una enfermedad, si no grave, á lo menos muy incómoda por su tenacidad. Por lo demás en este caso el pronóstico está subordinado á ciertas condiciones que es fácil preveer, tales como la causa de la enfermedad, la constitucion del enfermo, etc.

La frecuencia de las *recidivas* es una circunstancia que impone cierta reserva cuando se trata de hacer el pronóstico del eczema.

Debe llamar la atencion cuando se observan esos eczemas crónicos, generalizados en los que el producto de la secrecion se concreta en la superficie de todo el cuerpo, formando una capa impermeable, que es de todo punto importante restablecer la funciones de la piel y los célebres experimentos en que los animales cubiertos por un barniz sirvieron para demostrar el inminente peligro de la supresion brusca de exhalacion en una gran extension. No podemos insistir mucho tiempo sobre este asunto, y solo recordaremos las metastasis que se han indicado con frecuencia en el curso del eczema. Aunque muchos autores las colocan entre estas, segun Bazin, la tuberculizacion pulmonar puede ser solo un período avanzado de la enfermedad (escrófula) que podria recibir un revés, por decirlo así, de un tratamiento impectivo puesto en práctica. Notaremos asímismo que el catarro bronquial y el intestinal, la hidropesía de alguna de las grandes

serosas, estados morbosos que generalmente se aceptan como metastasis, ó por lo menos complicaciones frecuentes del eczema que muchos autores han descrito con el nombre de herpéticas.

§ VIII.—Tratamiento.

Durante mucho tiempo se ha descrito el eczema con otras afecciones de la piel bajo el nombre vago de *herpes*. Al ocuparnos del tratamiento volveremos á encontrar todos los inconvenientes de esta confusion y de la vaguedad en que se hallan los autores á la presencia de especies mal caracterizadas. Esta condicion desfavorable, que se observará mas de una vez en el estudio de las enfermedades de la piel, me obligará á no insistir bajo el aspecto terapéutico en medios cuyas indicaciones son para nosotros inciertas, por no haberse fundado en datos positivos el diagnóstico de las afecciones contra las cuales se habian empleado estos medios. Despues de haber comprobado este hecho, y recordando que muchos de los agentes empleados y alabados en esta afeccion requieren someterse á una nueva observacion, fundada principalmente en un diagnóstico exacto, es como voy á exponer el tratamiento del eczema.

Es indispensable recordar cuán necesario es investigar antes de establecer el tratamiento del eczema, si el enfermo se encuentra bajo el influjo de una diátesis hereditaria ó adquirida; con frecuencia á esto se reduce todo el secreto de la terapéutica. (Bazin.)

1.° *Tratamiento del eczema agudo*:—Si el eczema agudo se presenta bajo la forma simple, si la inflamacion es franca y moderada, se prescribirá la *dieta*, los *emolientes* y la *quietud* de la parte enferma. Si el sugeto es jóven y robusto, y la erupcion se acompaña de algunos síntomas de congestion, se agregarán las *emisiones sanguíneas generales;* pero es raro que la intensidad de la enfermedad sea tal que se necesite este medio.

Interiormente se prescribirán los *ácidos vegetales*, y al *exterior* se cubrirá la superficie inflamada con cataplasmas de fécula de patata y de agua de malvabisco, pero solamente tibias, y se harán *lociones emolientes* ó ligeramente *narcóticas*. Se tomarán baños almidonados ó gelatinosos, y si la erupcion se hubiese hecho menos aguda ó tendiese á continuar, se recurrirá á los *baños alcalinos* y á las *lociones alcalinas*.

El *eczema rubrum* y el *eczema impetiginoides* son los que principalmente reclaman el uso de estos últimos medios; pero cuando la inflamacion es poco considerable, cuando se ha calmado notablemente, se puede, como me lo ha demostrado frecuentemente la experiencia, recurrir con el mejor resultado á los tópicos activos, que se indicarán dentro de poco al hablar del tratamiento del eczema crónico, y principalmente de la pomada siguiente, que ha sido muy útil en

su verdadera influencia.
y hacen consistir todo el
los demás se dirigen mas
Muchos han reunido las dos
es difícil decir cuál es la
tenidos; pero sea de esto
mentos que mas general-

mucho en todas las for-
temperatura poco elevada,
lagos ó de *gelatina* (500
muy útiles cuando hay cierto
se prescriben los baños
de *sulfuro de potasio*, y ó
baño general) ó mejor los
etc.
tambien en cierto número de
eczema es seco y escamoso,
30 á 32° Reaumur, y su dura-
autor prefiere los *chorros de*
baños alcalinos, que se pre-
100 á 125 gramos de carbonato
un gran número de casos refe-

lociones alcalinas para calmar

partes con la solucion siguiente:

Emulsion de almendras

Por último, segun Riett y Cazenave, la solucion siguiente seria de la mejor utilidad en las mismas circunstancias.

R. Bórax......... 2 á 8 gramos. | Agua comun.......... 600 gram.
Disuélvase. Se hacen lociones tres ó cuatro veces al dia.

Con el objeto de cambiar el modo de vitalidad de la piel, se ha aconsejado aplicar un *vejigatorio* sobre la parte misma ocupada por la erupcion. Con este mismo objeto se ha empleado la *cauterizacion* con el nitrato de plata, el ácido hidroclórico, etc. Por lo general la cauterizacion es peligrosa, y Cazenave la desecha como base del tratamiento.

A estos medios añadiremos las *pomadas* de las cuales tal vez hacen muchos médicos un uso excesivo. Las mas comunmente empleadas son aquellas en que la manteca está unida al *alcanfor* (25 centígramos á 1 gramo por 35 gramos); al *óxido de zinc* (de 5 á 8 decígramos por 30 gramos); á los *calomelanos* (1 á 2 y 5 gramos por 30 gramos); al *protoioduro de mercurio* (de 5 decígramos á 2 gramos por 30 gramos), y á la *brea* (de 2 á 4 gramos), etc., etc.

Mialhe nos ha dado la fórmula de la pomada siguiente:

R. Manteca fresca de puerco 40 gram. | Extracto de opio............. 1 gram.
Turbit nitroso.......... 2

Se disuelve el extracto de opio en algunas gotas de agua; se añade el turbit, despues la manteca, y se tritura todo en un mortero de porcelana hasta que la mezcla sea perfectamente homogénea. Esta pomada se emplea en unturas ligeras mañana y tarde.

Trousseau (1) usa los *baños de sublimado* á la dósis de 15 gramos, en el eczema impetiginoso de los niños.

«En cuanto á los medios locales que se deben emplear contra el eczema crónico, son, dice Cazenave, menos limitados que en la forma aguda, y deben, sin embargo, aconsejarse con la mayor sobriedad. Ante todo es necesario, aun en los casos mas rebeldes, evitar los tópicos irritantes. Si hay secrecion abundante, hago aplicar por el dia sobre las partes enfermas un lienzo fino cubierto de hule; por la noche se hace espolvorear con almidon.... Por lo general no se deben emplear pomadas; pero es necesario proscribir principalmente del número de los tópicos el tratamiento del eczema, los sulfurosos, que sin embargo, se han alabado como una panacea universal.» (A. Cazenave.) Añadiremos, sin embargo, que hemos visto con frecuencia producir buenos resultados con la *pomada de brea* y el *aceite de enebro*, sin olvidar un hecho sumamente notable que Cossy ha observado en la clínica de Louis, y de la que ha dado cuenta (2).

(1) Trousseau, *Bulletin général de thérapeutique*, Febrero 1847.
(2) Cossy, *Archives de médecine*, 4.ª série, t. XI, p. 318.

Un hombre que hacia ya muchos años que estaba enfermo, y que tenia todo el cuerpo cubierto de una capa gruesa de escamas, se curó *dándole friegas* con un cepillo muy fuerte, mojado en un líquido cuya composicion no quiso dar á conocer el que dirigia el tratamiento. La frotacion se hacia con tanta dureza, que en los primeros dias, sobre todo, la piel estaba cubierta de sangre, y que en el tratamiento, que duró muchos meses, se gastó un cepillo hasta llegar á la madera, y la mitad de otro. El enfermo se curó completamente de su eczema, que le hacia pasar una vida insoportable, y que se habia resistido á muchos medios, de los cuales varios se habian usado en el Hospital de San Luis durante largo tiempo. El líquido empleado parecia ser alcohólico, habiendo obtenido un resultado análogo por el doctor Thiry (1) por medios que conocemos y que vamos á exponer aquí.

Se trataba de un eczema crónico que ocupaba toda la superficie del tronco, duraba ya dos meses y habia producido numerosas costras y el engrosamiento del dermis, fluia mucho, y daba lugar á una viva comezon, á la retraccion permanente de los músculos y á accidentes generales muy graves. La curacion se obtuvo en seis semanas con el tratamiento siguiente:

Exteriormente.—Baños de carbonato de potasa y baños de almidon alternando cada dos dias. Todos los dias fricciones prolongadas con el ungüento siguiente:

R. Hollin de madera.... 30 gram. | Manteca de puerco........ 120 gram.

Añádase:

Aceite de beleño negro. 4 gram. | Aceite de almendras dulces.. 4 gram.

Mézclese.

Compresion graduada de los miembros por medio de vendas arrolladas, almidonadas y sostenidas con cartones en los puntos en que habia muchos músculos.

Interiormente daba la mezcla siguiente:

R. Ioduro de azufre...... 50 centíg. | Agua de saúco............ 120 gram.
Arrope de saúco...... 8 gram.

Mézclese. Se dan cuatro cucharadas al dia. Para bebida, cocimiento sudorífico de los cuatro leños.

Para régimen, legumbres y carnes blancas.

Por último, Wilson ha curado eczemas tanto agudos como crónicos *cubriendo la superficie enferma de una capa de colodion,* medio sobre el cual ya tendremos muchas veces ocasion de volver á hablar al tratar de las demás afecciones cutáneas.

Medios internos.—Con frecuencia administrados como ayudantes,

(1) Thiry, *Presse médicale belge*, et *Journal des connaiss. méd.-chir.* Enero, 1850.

son elegidos unos entre *los purgantes*, tales como las aguas de Sedlitz, de Pulna, el aceite de ricino y los calomelanos (20 centígramos por la mañana en ayunas, Biett), y las píldoras de Plummer; otros en las *aguas minerales salinas* ó *sulfurosas*; otros, en fin, en los *ácidos minerales*. Biett y Plumbe han recomendado las *limonadas nítrica, sulfúrica é hidroclórica*. El *azufre*, dado interiormente, no ha parecido á Rayer que tenia un efecto apreciable sobre los eczemas crónicos sino cuando producia un efecto purgante.

Segun Bazin, el azufre es perjudicial ó inútil en el herpes; generalmente perjudicial en la artritis, y solo eficaz en las afecciones escrofulosas. Hasta ahora no le da mas que en la escrófula, y podrá emplearle tambien en los casos de asociacion de esta última enfermedad con la artritis (1).

Como medicacion especial, sobre todo cuando la erupcion es antigua y rebelde, se ha elogiado la *tintura de cantáridas* tomada á la dósis de 3, 4 y 5 gotas al dia.

Biett ha alabado las preparaciones *arsenicales*, de las que dice que ha sacado notables ventajas. Este práctico empleaba de preferencia el *arseniato de sosa* y el de *amoniaco*, que administraba en la proporcion de 5 centígramos de una de estas sales en 30 gramos de agua destilada, y empezaba por 1 gramo sobre poco mas ó menos de esta solucion. Cazenave administra con el mismo objeto la *solucion de Pearson* á la dósis de 1 y 4 gramos; pero ya volveremos á hablar mas detenidamente de esta medicacion al ocuparnos de las enfermedades escamosas, en cuyo tratamiento los medios referidos han adquirido la mayor importancia en estos últimos años.

Unicamente añadiremos aquí algunos remedios particulares que interesa conocer. Tal es la mistura de Biett compuesta del modo siguiente:

R. Jarabe de fumaria...	375 gram.	silvestres.................	125 gram.
Jarabe de pensamientos		Sulfato sulfurado de sosa..	8 gram.

Se dan dos cucharadas al dia.

Gardras (2) considera á la *dulcamara* tomada interiormente como el mejor medio contra el eczema.

En el eczema herpético administra Bazin, cuando el individuo está débil y anémico, el hierro unido al arsénico y la dulcamara. El enfermo toma cada dia dos píldoras que contengan cada una 5 milígramos de arseniato de hierro por 5 milígramos de extracto de dulcamara, y progresivamente llegó á hacer tomar 25 á 30, es decir, de 10 á 15 centígramos de arseniato de hierro al dia (3).

(1) Bazin. *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, p. 78, Paris, 1860.
(2) Gardras, *The London med. and. phys., Journal* Mayo, 1830.
(3) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 166, Paris, 1862.

... ...mente contra uno de los eczemas ... escroto, acompañado de fisu... ...a prurito insoportable, una me... ... ...a ó dos semanas. El enfermo ... ...zarzaparrilla ó de dulcamara con 30 ... y el doble de tartrato de anti-

... ... se puede oponer con mas venta... ... ni con mucho, el mismo valor, ...atos exactos acerca de la influencia ... ...es. Cualquiera que sean en general ... ... insistir largo tiempo en su uso, y ... ...se a la vez de los medios internos y ex... ... advierte juiciosamente Cazenave, de ... ...s á otros, como por ejemplo, las cata... ...as de Bareges.

...ado bajo la influencia de una causa ... ...quitar la causa para disipar el mal. En ... á los enfermos á renunciar á su profesion. ... el eczema, reclama tambien algunas ... el *eczema de las orejas* hace algunas ... *esponja preparada* para evitar la oblite... ...as es bueno en semejantes casos emplear ... Segun Chausit (3), en el *estado agudo* ... *...iones emolientes* ó *narcóticas*; en el *es...* *...stringentes, jabonosas, lociones con la mis...* ...ada como sigue por A. Cazenave:

... 10 centigr.	Leche de almendras........ 250 gram.
... 20 centigr.	

... ...cacion de hipertrofia rebelde, se empleará con ... *...r acuoso* dirigidas sobre la oreja.

... *piel de la cabeza*, es bueno *cortar el pelo* y ... *mayor aseo*. Cazenave aconseja especial... ... en el *eczema del escroto*.

... ...ará el tratamiento un *régimen* tanto mas *se...* ... signos de agudeza ofrezca el eczema, á lo que se ... de la parte enferma, y se evitarán cuidadosa... ... los escesos de toda especie.

... ...al *Journal*, Diciembre, 1864.
... *...uaire des progrès des sciences médicales*, 2.° año, 1865.
... p. 88.

CAPÍTULO III.

FORMAS PUSTULOSAS.

Las pústulas están caracterizadas por pequeñas colecciones purulentas que se elevan del dermis en forma de botones de color blanco amarillento, y descansan sobre una base inflamada.

ARTÍCULO PRIMERO.

IMPÉTIGO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Con Willan, Biett y Cazenave defino el *impétigo* de la manera siguiente: Es una enfermedad caracterizada por *pústulas sidráceas* (pústulas pequeñas), confluentes, que dan lugar á la formacion de costras blandas, amarillentas, gruesas é irregulares, que se renuevan por la desecacion de un flujo mas ó menos abundante, y dejan despues de ellas señales bastante persistentes.

El impétigo ha recibido gran número de nombres diversos; así pues, nos bastará decir que se ha descrito bajo los nombres de *herpes costroso*, *gourmes*, costra láctea, que Sauvages le ha llamado *tinea lactea*, y Alibert *herpes crustáceo*, *achore*, *tinea muciflua*, etc., etc. Al dedicarnos al estudio de los síntomas, indicaremos los demás términos con que han designado los autores ciertas variedades de la erupcion sidrácea.

Sin poder indicar de un modo exacto el grado de frecuencia del impétigo, se puede decir que esta afeccion, la mas comun de las enfermedades pustulosas, es muy frecuente, lo que se admitirá fácilmente en la actualidad que se han incluido en esta erupcion algunas variedades bastante comunes, y que la pertenecen verdaderamente.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—El impétigo puede acometer en cualquier *edad*. El *sexo* femenino, sobre todo en la época crítica, el *temperamento linfático*, una *piel fina* y blanca, deben, segun los autores, incluirse entre las causas predisponentes de esta afeccion. El *otoño* y la *primavera* serian tambien en su concepto muy favorables al desarrollo del impétigo, y algunos individuos serian periódicamente atacados en estas épocas durante muchos años consecutivos.

Por último, siguen esas condiciones que tenemos tan frecuente-

mente ocasion de citar, tales como la miseria, el desaseo, la embriaguez, etc., etc., y se encuentran en la etiología de todas las afecciones cutáneas, sin que se pueda apreciar la accion real de cada una de ellas en particular.

Independientemente de estas causas generales comunes, puede producirse el impétigo bajo la influencia de causas especiales que pueden dividirse en dos grupos.

Causas externas.—Entre estas se encuentran todas las profesiones que ponen la piel en *contacto* con *sustancias irritantes* (los especieros, los albañiles, los trabajadores en crin, en lana, los hilanderos de los capullos de la seda, los obreros que trabajan la caña de Provenza, los que manejan los verdes arsenicales, la cal, los polvos metálicos, etc.); tambien debe mencionarse la exposicion á un *calor quemante.*

El impétigo sobreviene tambien como frecuente complicacion de las afecciones parasitarias (tiña favosa, sarna, pediculi, tiña tonsurante); tambien se admite que no es contagioso por sí mismo; sin embargo, Devergie «no duda en declarar que el impétigo es contagioso por contacto de boca á boca, y especialmente de niño á niño ó de niño á adulto (1).

§ III.—Síntomas.

Rara vez precedido de un poco de malestar, de cefalalgia y de inapetencia, la erupcion empieza por *manchas* rojas, bastante distintas y algo prominentes, en las que se percibe una sensacion de *calor* algunas veces muy doloroso.

En estas manchas aparecen bien pronto pequeñas *pústulas*, generalmente bastante aproximadas, algunas veces aisladas, y algunas otras confundidas entre sí. Estas pústulas, aplastadas, superficiales, han adquirido todo su desarrollo en treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, y tienen entonces el grosor de un grano de mijo; en seguida se abren y dejan escapar un *líquido purulento* que se deseca y da lugar *á costras* amarillas sobre las cuales llamaremos la atencion.

Las *costras del impétigo*, como hace notar muy bien Cazenave (2), se asemejan bastante al principio á las lágrimas de ámbar; despues se engruesan, se ponen arrugadas y desiguales, y conservan siempre cierto grado de trasparencia que les ha hecho comparar á los fragmentos de miel desecada (*melitagra flavescens*, de Alibert), á los granos amarillos y brillantes del sucino, al jugo gomoso de ciertos árboles, etc.

Por lo demás, poco adherentes estas costras, están como depositadas en la superficie de la piel; su consistencia blanda es debida á

(1) A. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 3.ª edicion, pág. 227, Paris, 1863.

(2) Alphée Cazenave, *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 68.

la *exudacion continua* que las acompaña; de suerte que llegando á un espesor á veces considerable, se hienden y dejan salir al través de su abertura un *líquido icoroso*. Despues de su caida se nota una superficie que es el asiento de una *secrecion purulenta*, y que se cubre muy pronto de nuevas costras.

Ordinariamente, hácia el fin del segundo setenario, las costras se hacen menos gruesas, se desprenden en porciones mas secas y agrisadas, y el flujo se agota gradualmente. Poco tiempo despues ya no queda de la erupcion sino una *señal pardusca* que persiste largo tiempo.

«Una cosa notable, dice Cazenave, es que el impétigo puede, cuando las pústulas han cesado, continuar durante algun tiempo por una especie de estado escamoso que le hace asemejarse á un eczema; parece que la inflamacion se descompone y extingue, y que de todos los elementos morbosos que constituyen el impétigo, no queda ya mas que una pequeña flegmasía serosa que da lugar á la descamacion que indico aquí, y que por otra parte pasa con rapidez.»

Se han descrito muchas variedades de formas bajo las que puede presentarse el impétigo; tales son: *el impétigo erisipelatoso*, el *sparsa* ó *diseminado*, el *scabida*, el *granulata*, el *figurata* ó *conferta*, el *larvalis* y el *rodens*.

1.° *Impétigo erisipelatoso*.—En esta forma de la erupcion, el impétigo se halla anunciado por trastornos generales mas marcados, el dolor local es mas vivo, las pústulas descansan en manchas erisipelatosas y muy desarrolladas; esto es lo que Willan llamaba *impétigo erysipelatodes*. Por otra parte, estos casos no son frecuentes. Esta forma de impétigo constituye el *eczema rubrum pseudo-exantemático* de Bazin (1).

2.° *Impétigo sparsa*.—En este las pústulas están diseminadas, esparcidas, y no afectan forma alguna particular. Esta variedad invade especialmente los miembros inferiores, donde se presenta muy rebelde, sobre todo en los sugetos de avanzada edad, y va acompañada de intenso prurito. En ciertos casos, y sobre todo en los individuos de constitucion deteriorada, los *costras* pueden hacerse enormes, rugosas y verdosas, rodeando á veces todo el miembro. A través de sus fisuras se escapa un *líquido icoroso* y pardo que exhala un olor fétido: tal es el *impétigo scabida* de Willan, cuyas costras oscuras hendidas han hecho se las compare con la corteza de ciertos árboles. En este grado el impétigo puede complicarse con edema, ulceraciones, etc. Puede tambien, cuando tiene asiento en las falanges, determinar la caida de las uñas, deformarlas y hacerlas frágiles y quebradizas. El *impétigo sparsa* y el *scabida*, que solo son una variedad de forma, corresponden á lo que Bazin llama *militigrado herpético* (2).

(1) Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, t. II, p. 175.
(2) Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, t. II, p. 175.

3.° *Impétigo granulata* (*porrigo granulata* de Willan; *tiña granulada* de Alibert).—Esta forma que Biett, Schedel y Cazenave han separado del antiguo grupo del porrigo para referirla al *impétigo* tiene por asiento exclusivo la piel de la cabeza. Está caracterizada por la presencia, entre los cabellos, de pequeñas costras separadas agrisadas, de figura muy irregular. La erupcion va acompañada de *inflamacion* algo intensa y mucha *comezon*. Despues aparecen las *pústulas* de blanco amarillento *atravesadas en el centro por un cabello*, y se abren despues de dos á cuatro dias.

La exudacion que se establece es muy abundante y da lugar á las costras de que hemos hablado.

Estas costras, que se hacen duras abolladas, toman color pardo á gris pronunciado y se han comparado por Alibert á pequeños granos de argamasa. Se desprenden y quedan esparcidas pequeñas *granulaciones* secas y friables, quedando entre los cabellos, que están como herizados.

Los cabellos que no se destruyen se agrupan por la aglómeracion de las costras, al mismo tiempo se exhala de la cabeza un *olor nauseabundo*, y en ciertos casos pululan piojos entre las costras y los cabellos (1). Este olor, segun Cazenave y Schedel, no existe en los sugetos que han recurrido á la limpieza, y aun entonces pueden presentar las costras caractéres distintivos, y se parecen á las del impétigo situado en otros puntos de la superficie cutánea.

Esta variedad, que no tiene nada de especial sino su aspecto, constituye para Bazin unas veces una afeccion provocada por parásitos animales, y otras con mas frecuencia una afeccion escrofulosa modificada por la presencia de los parásitos (2).

4.° *Impétigo figurata* y *conferta*.—En esta forma las pústulas mas ó menos aglomeradas ocupan una superficie variable, pero exactamente circunscritas, oval ó circular. Se desarrollan de preferencia en la cara, y en particular en las mejillas. Unas veces recubre la erupcion un miembro entero, otras se limita exclusivamente á una region. En general el *impétigo figurata* no ocupa en la cara mas que una superficie limitada; el labio superior, por ejemplo, los párpados, etc.

5.° *Impétigo larvalis* (vulgarmente *costras de leche*, *tiña mucosa*, *porrigo larvalis* de Willan).—Esta forma de impétigo ha sido, como la *tiña granulosa*, separada del *porrigo* de Willan por Gibert, Biett, Cazenave y Schedel.

Se observa principalmente en los *niños pequeños*, se manifiesta por una erupcion de *pústulas* mas ó menos confluentes y reunidas en grupos.

Unas veces esta erupcion ocupa casi toda la cara como la cubriria una máscara, de donde le viene el nombre de *larvalis*, otras está li-

(1) Véase mas adelante art. ENFERMEDAD PEDICULAR.
(2) Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, t. II, p. 177.

mitada á las mejillas, labios, orejas y á una porcion de la piel de la cabeza.

A las pústulas se siguen bien pronto *costras* amarillas y verdosas, las mas veces delgadas y laminosas, que al desprenderse dejan en descubierto una *superficie roja inflamada*, que se cubren bien pronto de nuevas concreciones costrosas. Algunas veces es tan abundante la *exudacion*, que no se concreta, y se ve fluir un *líquido viscoso* y acre por una multitud de puntitos.

No consistiendo muchas veces en los niños muy pequeños, mas que en un corto número de costras delgadas esparcidas hácia las sienes, que solo dan lugar á una exudacion poco abundante, el impétigo larvalis constituye una afeccion benigna que se ha designado muchas veces con el nombre de *costra láctea*. Si la erupcion es mas intensa, las superficies se cubren de incrustaciones amarillas, gruesas, que exhalan un olor nauseabundo. Entonces la comezon es viva, muchas veces se *inflaman y supuran los gánglios linfáticos inmediatos*, y hay *coriza*, *otitis* y *oftalmia*.

Cuando la afeccion se extiende á la piel de la cabeza, los cabellos están pegados y encerrados en costras irregulares, amarillentas, que cubren una superficie variable. Este estado es el que se encuentra descrito en ciertos autores con el nombre de *tiña mucosa* (*achor muciflus*).

Despues de cierto tiempo el flujo disminuye, las costras, mas delgadas y mas blancas, están situadas en una superficie menos roja, y acaban por ser reemplazadas por una *descamacion* ligera que anuncia la feliz terminacion de la enfermedad. «Y cosa notable, dice Cazenave, allí donde existia una erupcion en apariencia tan grave, á veces surcada de hendiduras y de grietas, y de donde se veian muchas veces al rascarse los niños chorrear la sangre mezclada con un líquido seroso-purulento, no solo no se observa ninguna cicatriz, sino que no se encuentra mas que un tinte rosado que no tarda en disiparse (1).»

Lo mismo que la variedad *figurata*, el *impétigo larvalis* forma parte de la *escrofúlide benigna exudativa* (2).

6.° *Impétigo rodens*.—La denominacion de *impétigo rodens* se ha dado impropiamente por Bateman á ciertas lesiones cancerosas de la piel y del tejido celular. Señalado por Biett, encontrado muchas veces por Cazenave y descrito por Hardy con el nombre de *escrofúlide pustulosa* (3) ha sido el *impétigo rodens* estudiado con mucho cuidado por Bazin y Devergie. Tomaremos de este autor los principales detalles que siguen; lo que tambien caracteriza esta forma de impétigo es que las costras despues de su caida dejan debajo de sí *ulceraciones*, y por lo tanto verdaderas cicatrices.

(1) Cazenave, *Dictionnaire de médecine*, en 30 vol., art. Impétigo. Paris, 1837.
(2) Bazin, *loc. cit.*, t. II, p. 174 y 176.
(3) Hardy, *Loc. cit.*, 1.ª parte, 2.ª ed., p. 140. Paris, 1860.

La erupcion puede presentar tres formas diferentes, y en cada una coincide la enfermedad por un pequeño punto. En la primera (*forma difusa* de Devergie), al mismo tiempo que existe una ligera comezon, se presenta en diversos puntos de la piel de la cara, pero sucesivamente y á distancia una pequeña secrecion, amarillo agrisada, que representa una costra del grueso de una cabeza de alfiler. El enfermo, llevando involuntariamente la mano, hace caer la costra á los tres ó cuatro dias. En su lugar se encuentra una pequeña superficie deprimida, como si hubiese una pequeña pérdida de sustancia sin que aparezca existir herida; pero puede verse en el fondo de la depresion un punto rojo que sangra en algunos casos si el enfermo excita la superficie afecta. Esta pequeña depresion se llena poco á poco al cabo de algunos dias, y despues de ocho ó diez dias se llena por una costra semejante á la primera. Basta un poco de manteca para que se desprenda, y entonces la depresion preexistente parece menos profunda y sin ensancharse.

En ciertos casos parece detenerse totalmente la enfermedad, y entonces no se ve mas que una pequeña depresion cicatrizada que se parece á la marca que deja una pústula variolosa. Esta variedad constituye el *impétigo rodens difuso;* se presenta generalmente en las mejillas é inmediaciones del carrillo. Los puntos afectados están separados entre sí.

En otra segunda forma (*forma agrupada pero excéntrica*), mucho mas comun que la precedente, las partes mas invadidas por la enfermedad son; el ángulo interno de los párpados, los lados de la nariz, y sobre todo las inmediaciones de los ojos. Presenta tambien de especial que cuando se cae la costra parece curarse el mal; se forma una cicatriz central, alrededor de la que aparece una costra circular, circinada, que se cae á su vez de modo que aumenta las dimensiones de la primera cicatriz, alrededor de esta se forma aun una pequeña costra en círculo mas ó menos completo.

En el espacio de seis, ocho ó diez años, la superficie enferma constituida casi exclusivamente por una cicatriz blanca, ligeramente fruncida ó lisa, y terminada por una porcion de corona costrosa, que ocupa una superficie de un centímetro á centímetro y medio alcanzando el ángulo interno del ojo, el dorso y lados de la nariz, ocupando un solo lado sin pasar por lo general de la línea media. El enfermo solo experimenta un ligero picor análogo al hormigueo de un insecto.

La tercera variedad se distingue por su *forma ulcerosa;* se presenta sobre el ala de la nariz, ó el ángulo externo, ó el interno del ojo y ascendiente hasta la ceja. Comienza como la variedad precedente; su marcha es tambien lenta, pero la secrecion mas abundante, la costra mas elevada, mas húmeda, mas purulenta y á veces un poco saniosa. Existe debajo de cada costra una ulceracion cuyos bordes no están endurecidos, como en el cancroide; unas veces gana solo en

superficie, y otras en extension y profundidad, de modo que resulta una destruccion de las partes blandas que tienen poco espesor (1).

Segun Bazin, se deben admitir dos especies de *impétigo rodens*, segun su naturaleza; uno de orígen escrofuloso correspondiente á su *escrofúlide maligna crustácea ulcerosa;* otro constituido por una *sifílide pústulo-crustácea*, unas veces *simple* y otras *serpiginosa* (2).

La distincion clínica entre ambas especies de *impétigo rodens* no siempre es fácil, y debe siempre ayudarse de nociones suministradas por los conmemorativos, y algunas lesiones concomitantes. Sabido es, además, que el *impétigo rodens sifilítico* se observa en la última fase de la evolucion de la sífilis secundaria.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El impétigo *agudo* recorre sus períodos con cierta regularidad que se encuentra en sus diversas variedades. Unicamente recordaré que en el estado crónico, tan pronto se compone la enfermedad de una sucesion de erupciones agudas que se prolongan durante cierto tiempo, como se perpetúa en el mismo sitio sin ninguna señal de agudeza.

El impétigo *agudo* tiene una *duracion* que no pasa ordinariamente de dos ó tres setenarios. En el estado *crónico* puede durar indefinidamente, y muchas veces entonces está unido á un mal estado de la constitucion. La *duracion del impétigo granulosa* es variable, y rara vez excede de algunos meses; la del *impétigo larvalis* es generalmente larga, y se le ve persistir años enteros.

La curacion, que es la *terminacion* de la enfermedad en la mayor parte de los casos, se anuncia generalmente por la disminucion de la secrecion purulenta, se forman las costras cada vez mas lentamente, se hacen mas secas y mas delgadas, y una ligera descamacion termina bien pronto la enfermedad.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—En el estado pustuloso, el impétigo será siempre fácil de reconocer. En efecto, no pueden confundirse las pústulas sidráceas aisladas ó reunidas en grupos con las vesículas del *herpes* y el *ezcema*, ni con las flictemas del *pénfigo* y de la *rupia*. Lo mismo sucede respecto de las gruesas pústulas (*fisáceas*) *del ectima.*

Las pústulas del *impétigo figurata*, cuando ocupan la barba, pudieran tomarse por pústulas de *mentagra;* pero estas se diferencian en que son mas prominentes, aisladas, fluyen mucho menos y están situadas sobre una base callosa ó tuberculosa.

(1) A. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 3.ª ed., París, 1863, página 232.

(2) Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau.* Paris, 1865, t. II, p. 176.

Las *costras* del impétigo, con su color amarillo, su espesor, su semitrasparencia, su aspecto rugoso y desigual, su friabilidad y su ligera adherencia, presentan caractéres que las hacen distinguir de las *costras laminosas* de las afecciones vesiculosas.

En otra parte hemos descrito las costras características de la *rupia;* las de la *mentagra* son mas secas y de color mas oscuro que las del impétigo, y no se reproducen sino despues de una nueva erupcion.

En algunos casos de *impétigo larvalis* de larga duracion se caen los cabellos en mayor ó menor extension: esta *alopecia accidental* se diferencia de la del *porrigo* en que vuelven á salir los cabellos. Sin embargo, en algunos niños el impétigo deja una alopecia incurable, porque se halla atrofiado el bulbo de los cabellos. Ya volveremos á hablar sobre este punto cuando se trate del porrigo (1).

Pronóstico.—El impétigo agudo es las mas veces una enfermedad ligera, sobre todo en los sugetos jóvenes y robustos; no es de alguna gravedad sino en sugetos que tienen poco aseo y una constitucion débil. En semejante caso se perpetúa con gran pertinacia.

El aspecto espantoso de la erupcion en los niños afectados de *impétigo larvalis* no debe alarmar acerca del éxito de la enfermedad; el médico podrá tranquilizar sobre este punto á los padres, y predecir, como hemos dicho antes, una terminacion favorable.

Caillault indica la opinion popular de que las erupciones costrosas de la piel del cráneo, son saludables á los niños. «Seguramente, dice, que en ocasion de esta afeccion cutánea sobrevienen en todos tiempos percances funestos producidos por curaciones intempestivas ó demasiado rápidas de estas costras.» Este autor cita dos casos en apoyo de su opinion (2). (Racle.)

§ VI.—Tratamiento.

Independientemente de las indicaciones terapéuticas, á las que puede conducir la naturaleza supuesta de la forma de impétigo que tengamos á la vista, las hay comunes á todas las formas que se refieren sobre todo á la lesion local. Estas se deducen del *curso*, del *sitio*, del *periodo*, del estado de *sequedad* ó de *humedad* de las superficies, etc. Concebido de este modo el tratamiento del impétigo, cuando el curso de la afeccion es *agudo* no reclama una medicacion activa; algunas *bebidas refrigerantes* ó *acidulas*, la *quietud*, el *régimen ligero*, serán prescritos primeramente. Producen en general buenos efectos en los primeros tiempos de la enfermedad las *cataplasmas* de fécula de patata, las lociones con agua de malvabisco, de salvado, de saúco, el cocimiento de adormideras. Estos diversos tópicos

(1) Véase mas adelante artículo TIÑA FAVOSA.

(2) Caillault, *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants*. Paris, 1859.

emolientes calmarán la irritacion local, y si hay costras favorecerán su desprendimiento. Las superficies denudadas se cubrirán con *polvos refrescantes* y *resolutivos* (polvos de almidon, etc.). El uso repetido y á dósis pequeñas de *laxantes suaves*, es muy útil, con objeto de ejercer sobre el intestino una saludable derivacion. Se usarán tambien de *baños templados*, adicionados con 250 gramos de fécula de patata. Si la erupcion tiene una extension considerable, si va acompañada de una reaccion febril marcada, se hacen con ventaja en los sugetos jóvenes y vigorosos algunas *emisiones sanguíneas* generales ó locales.

Cuando el impétigo ocupa la piel de la cabeza, es necesario tener cuidado de *cortar los cabellos muy cortos* y de *quitar las costras* por medio de *cataplasmas* ó de *lociones mucilaginosas*, á fin de poner á descubierto las superficies enfermas, sobre las cuales se podrán aplicar medicamentos tópicos. Esta precaucion es aplicable á todos los casos de afecciones costrosas que tienen su asiento en la piel de la cabeza y en las partes cubiertas de pelos; mas sin embargo, no es absolutamente indispensable cuando se cuida con asiduidad é inteligencia á los enfermos. En muchos casos de impétigo granulata *(tiña granulosa)* en niñas se ha podido conservar los cabellos y triunfar de la enfermedad en algunos dias de la manera siguiente:

Lavar con un cepillo y agua de jabon perfectamente la cabeza, separando los cabellos en todos los puntos de ella sin excepcion. Despues se practica en todos estos puntos fricciones con la pomada siguiente:

R. Calomelanos......... 3 á 5 gram. | Manteca de puerco.......... 30 gram.

Esta operacion se practica mañana y noche, y al cabo de diez á quince dias, las costras, muchas veces considerables, y el infarto de los gánglios del cuello, consecuencia de la enfermedad, están completamente disipados.

Pero esta operacion es larga y difícil; dura á lo menos media hora por la mañana y media por la noche, y es necesario mucho celo para encargarse de ella, que por lo general solo se encuentra en las madres. Si no se tuviese el mas profundo convencimiento de que se hará todo con el esmero y cuidado necesario, seria menester no vacilar un instante en sacrificar los cabellos.

En el *impétigo scabida* con edema de los miembros inferiores, la compresion combinada con la posicion puede dar excelentes servicios (Bazin). Todo el mundo sabe que teniendo el impétigo por asiento los puntos en que la piel se pone en contacto consigo misma, detrás de las orejas, debajo de los pechos, en los espacios interdigitales, al nivel del pliegue génito-crural, etc., deberán primeramente *aislarse las superficies enfermas.*

Sin hablar de un tratamiento apropiado á la naturaleza escrofu-

losa ó sifilítica del *impétigo rodens*, esta forma de erupcion obliga á recurrir á modificadores locales de gran potencia, á la tintura de iodo, al nitrato de plata, á los cáusticos de Viena ó de Canquoin, etc. Hilairet y O. Larcher han empleado muchas veces y con igual objeto el cáustico de Filhos. Si las ulceraciones que suceden al impétigo maligno, tienen carácter gangrenoso ó fagedénico, obtiene Bazin grandes ventajas «con las lociones cloruradas ó tónicas, de curas con vino aromático, y sobre todo con el coaltar jabonoso que detiene y modifica de un modo tan pronto como feliz las supuraciones de mala calidad.»

Cuando el impétigo pasa al estado *crónico*, ó cuando desde el principio sigue este curso el mal, reclama el tratamiento gran prudencia. En cuanto á los *baños*, Bazin y la mayoría de los dermatológos protestan contra el *uso* frecuentemente intempestivo de este medio. «Bajo su influencia, las costras se desprenden bruscamente, dejando al descubierto superficies escoriadas y dolorosas al contacto del aire; y si en algunos casos es útil este resultado, conviene no olvidar que las costras constituyen para la piel enferma el mejor tópico, y que por lo tanto los baños se hacen peligrosos por su frecuente repeticion, dificultando la duracion de los productos segrégados (1).»

En cuanto á la naturaleza mas conveniente de los baños, debe relacionarse con las del estado general que domina la afeccion cutánea; así casi todos los dermatólogos han notado que los *baños sulfurosos* son casi siempre perjudiciales en el estado agudo, encontrando mas adecuada su aplicacion en el tratamiento de los *impétigos de naturaleza escrofulosa*. Numerosos casos han demostrado que las aguas de Enghien, Bounnes, Cauterets, Baréges, Bugieres de Luchon, etc., tienen una eficacia positiva. Estas aguas no se emplean solo al exterior, sino que constituyen uno de los tratamientos internos mas útiles (2).

Cazenave dice haber visto muchos casos en que se consiguieron los mejores resultados con los baños de mar, los que, segun Bazin, convendrán especialmente á los individuos escrofulosos ó debilitados.

Los *baños* y los *chorros de vapor*, desprendiendo las costras y cambiando la vitalidad de los tejidos, bastan en muchos casos para obtener una terminacion favorable; las duchas sulfurosas ó sulfuro-alcalinas en regadera son entonces particularmente útiles (Bazin).

Las *lociones alcalinas*, las lociones con el *agua acidulada*, y en particular con el *ácido hidroclórico*, han contribuido algunas veces poderosamente á la curacion de antiguos impétigos. En estos casos

(1) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. II, p. 168.

(2) Véase Durand-Fardel y Le Bret, *Dictionnaire des eaux minérales*. París, 1860.—Para los establecimientos balnearios equivalentes en España pueden verse: Rubio, *Tratado completo de fuentes minerales de España*, Madrid, 1858.—Alvarez Alcalá, *Manual de las aguas minerales de España y del extranjero*, Madrid, 1850.—García Lopez, *Tratado de hidrología médica*, Madrid, 1869.

tambien se han obtenido ventajas marcadas pasando sobre la superficie enferma un pincel mojado en un *ácido debilitado* ó en una solucion dilatada de *nitrato de plata*. Esta ligera cauterizacion debe ser seguida inmediatamente de una *aspersion de agua pura*, á fin de moderar la energía del cáustico.

Rayer, en los casos en que el impétigo está limitado á una pequeña superficie, dice haberse servido con ventaja de la pomada siguiente:

R. Protonitrato de mercurio. 1,30 grm. | Manteca de puerco.......... 30 gram.

Cierto número de impétigos que se habian resistido al uso de una multitud de medios han cedido prontamente en manos de Biett, de Rayer y Cazenave al uso de las *preparaciones arsenicales*, y notablemente de la *solucion de Pearson*, cuya fórmula es la siguiente:

R. Arseniato de sosa cristalizado........... 5 centígram. | Agua destilada............. 32 gram.

Se dan á los adultos veinte gotas al dia en un vaso de agua azucarada.

Biett empleaba la solucion siguiente:

R. Arseniato de amoniaco.. 20 centíg. | Agua destilada............. 32 gram.

Mézclese. Se toman de 12 gotas hasta dos ó 4 gramos y mas, y así progresivamente aumentando con prudencia.

Nunca se recomendará demasiado al práctico que sea muy reservado en el uso de las preparaciones arsenicales, de las cuales no debemos privarnos, porque dan muy buenos resultados en casos muy rebeldes.

En las formas de impétigo que se refieren al herpes, debe recurrirse á las preparaciones cuya base son los compuestos arsenicales. Por el contrario, la medicacion alcalina ha dado buenos resultados cuando el impétigo no ofrece indicios que puedan referirse á la artritis.

En el *impétigo larvalis* (costra láctea) Cazenave recomienda insistir en las *lociones de agua tibia y leche*. En los niños de pecho la única medicacion, en el concepto de este práctico, consiste en aconsejar á la nodriza que *haga salir á chorro la leche de su pecho y regar con ella las superficies enfermas*. Tambien conviene recurrir á los *baños* generales tibios y emolientes.

El doctor D. Serapio Escolar (1) usa contra el *porrigo larvalis el ioduro de azufre interior* y al *exterior*, de la manera siguiente:

(1) D. Serapio Escolar, *Journal de médecine et de chirurg. pratiques*. Octubre, 1847.

1.° Todos los dias hace tomar interiormente de 5 á 7 centígramos de ioduro de azufre.

2.° Hace mañana y noche fricciones con la pomada que sigue:

R. Manteca de puerco...... 32 gram. | Esencia de rosas............ 6 gotas.
Ioduro de azufre........ 2

Mézclese.

3.° Un purgante salino cada semana, el uso de leche de vacas, y un ejercicio moderado, y un extremado aseo secundan el tratamiento.

Sarti (1) propone la *vacunacion*, y hé aquí los hechos sobre que se funda:

Sobre 89 casos en que produjo resultado la vacuna hubo en 25 disminucion pronta y duradera de las costras lácteas, y en 58 curacion inmediata y radical. En dos niños en que la vacuna no dió resultado no hubo ninguna mejoría.

ARTÍCULO II.

ACNÉ.

§ I.—Definicion.

Se puede con Bazin definir el acné como una afeccion de las criptas cutáneas (glándulas sebáceas y glándulas anejas), caracterizada por la hipertrofia de estas criptas con alteracion de la materia sebácea, que una vez retenida en las cavidades foliculares, determina una erupcion de la piel, y que otras veces derrama fuera, constituyendo barnices laminosos ó crustáceos.» Tambien se comprenden en la descripcion del acné, manchas de la cara, positivamente formadas por la red vascular cutánea, ya solamente congestionada, como en la *couperose* simple, ya dilatada como en las varices de la piel de la cara. Siguiendo el ejemplo de Hardy (2), estudiaremos las diversas enfermedades designadas con el nombre de *acné*, agrupándolas en cuatro secciones; en la primera se comprenderán las variedades caracterizadas por rubicundez eritematosa de la piel y que parecen depender de una alteracion de la circulacion capilar; la segunda se referirá á la inflamacion de los folículos sebáceos; en la tercera colocaremos las afecciones constituidas por la retencion del producto de la secrecion, y en la cuarta nos ocuparemos del flujo de la materia sebácea, aumentado en cantidad y derramado fuera, sea en forma líquida (acné sebáceo fluente), sea en forma sólida (acné sebáceo concreto).

(1) Sarti, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 Abril 1852.

(2) A. Hardy, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1864, t. I, p. 337, artículo Acné.

La frecuencia del acné es un hecho fácil de demostrar; su sitio de predileccion es la cara. Sin embargo, se le encuentra en el cuello, hombros, tronco, y en estos últimos casos no es raro que la enfermedad quede ignorada de los mismos individuos afectados.

§ II.—Descripcion de las diversas formas de acné.

1.° ACNÉ ROSÁCEO (*acné erytematoso* de Hardy, *cuproso* de Devergie).—Esta afeccion cutánea es debida á una modificacion activa en la circulacion de los vasos capilares de la piel, y solo de un modo accidental, segun Devergie y Hardy, se encuentran afectados los folículos sebáceos. La cuprose debe, pues, distinguirse con cuidado de las otras variedades del acné, de las que difiere esencialmente por su asiento anatómico (2).

Se observa generalmente en la edad madura; siendo la nariz el punto en que se manifiesta con mas frecuencia. Despues de un ligero exceso en el régimen, á veces despues de la comida, se ve adquirir á este órgano un tinte *rojo violado*. Este color se hace muy pronto habitual y da á la fisonomía un aspecto especial.

De cuando en cuando aparecen algunas *pústulas* que no suelen supurar, y el rubor se extiende y aumenta de intensidad. Estas congestiones renovadas dan á la nariz un *volúmen mas considerable*, una forma diversa de la que anteriormente tenia. Su superficie se cubre de *líneas azuladas varicosas* que resaltan del color rojo ó morado del fondo.

En ciertos casos la enfermedad se extiende á las mejillas, la frente, la barba y toda la cara. La rubicundez, que es general, se aumenta donde existen pústulas: la *supuracion* no se establece de un modo franco, y queda siempre una especie de *induracion* al nivel de la que es mas marcada la inyeccion de la piel.

Despues de cierto tiempo la *piel de la cara* se hace desigual, rugosa, de aspecto repugnante, y la fisonomía se altera de varios modos. La rubicundez, que es mas marcada despues de las comidas y por la tarde, acaba por tomar un tinte morado sobre el que se elevan numerosas *pústulas* que se distinguen por su elevacion y coloracion amarilla de su vértice.

La cuprose se desarrolla en los individuos de ambos sexos, pero es mas comun en las mujeres, especialmente desde los quince años. La menospausia, que se indica por la mayoría de los autores como favoreciendo su desarrollo, la agrava en general, segun opinion de Hardy. Parece mas comun en los sanguíneos y nerviosos, y en particular en los paises frios y húmedos; se la ha observado como habitual en algunas familias, y trasmisible por via de herencia de madres á hijas (Hardy).

(1) A. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*. Paris, 1863, p. 293.

Lasa fecciones del estómago y del hígado; la del útero, y especialmente de dismenorrea, parece que juegan un papel en la produccion de la cuprose (Biett, Cazenave); entre las circunstancias que puedan presentarse en la salud habitual, se designan el frio en los piés y el estado de extreñimiento rebelde, los excesos de la mesa, el abuso de las bebidas alcohólicas (Bazin, etc.) y un trabajo asíduo, la cabeza inclinada adelante como en el trabajo de bufete ó la costura; todos los hábitos que producen congestion cefálica, pueden referirse como favorecedoras del desarrollo de la cuprose (Hardy). Añadiremos tambien á estas causas, como favoreciendo el aflujo de sangre á las partes superiores del cuerpo, las digestiones penosas, la frecuente permanencia en cama muy caliente, la accion del calor succdiendo rápidamente á la impresion del frio, del viento especialmente al nivel del mar y sobre las llanuras elevadas por poca disposicion que se tenga á la cuprose.

Tambien se hace mencion como causa de la irritacion producida por los cosméticos aplicados sobre la cara, pero no están de acuerdo todos los autores sobre este punto, y Hardy en particular, sin creer que estas aplicaciones sean inocentes, no las cree susceptibles de producir la cuprose.

2.° Acnés inflamatorios (Hardy).—Las variedades reunidas en este grupo están constituidas por la inflamacion de los folículos sebáceos (*acné simples*, *A. indurata*), y caracterizado por pústulas y tubérculos. En otra variedad, caracterizada por su asiento simultáneo en la glándula sebácea y en la pilosa (Bazin), existen pequeños tumores formados por la hipertrofia de la piel. Aunque en algunos casos pueda admitirse que en esta última variedad la inflamacion no desempeña mas que un papel secundario, accesorio y no necesario, y que hay solamente una hipertrofia de los folículos con erupcion de la piel (1), se pueden, sin embargo, con Hardy, considerar tres variedades, *simple*, *indurado é hipertrófico*, como tres grados bien distintos, á veces separados y otras reunidos.

a. *Acné simple ó pustuloso.*—Esta variedad se encuentra con frecuencia en los jóvenes de ambos sexos, y ha recibido tambien el nombre de *acné juvenilis*. Se manifiesta por pequeñas *elevaciones* rojas, del volúmen de la punta ó de la cabeza de un alfiler, diseminados en la frente, la nariz y las mejillas; la base de estas eminencias está casi siempre rodeada de una *aureola de color de rosa*. Cada una se desarrolla aisladamente y sigue su curso sin que se presente dolor ni calor, y sí solo un *ligero hormigueo*. El trabajo *supuratorio* se establece con lentitud, y la pústula no está bien desarrollada sino despues de ocho dias. Hácia la mitad del segundo setenario, se adelgaza el vértice de la pústula, se rompe y cubre de una costra delgada ligera y á veces poco perceptible. En la espalda, donde suele ser abundante

(1) Bazin, *Mémoire sur l'acné varioliforme (Journal des connaiss. méd.*, 1851).

la erupcion, la costra es mas gruesa, pero se cae bien pronto por el roce de los vestidos. Despues de la caida de la costra queda un punto rojo, poco elevado que persiste ocho ó quince dias despues de la rotura de la pústula, y que puede dar lugar á una pequeña cicatriz, verdadera transicion entre el acné simple y el indurado.

Añadiremos que en muchos casos, las pústulas del acné simple están mezcladas con las del *acné punctata*.

En fin, Bazin, que da á la forma que hemos descrito el nombre de *acné pustuloso diseminado*, describe tambien otra con las denominaciones de *acné piloso umbilicado* y *miliar*. En estas dos variedades es la glándula pilosa y no la sebácea el asiento de la inflamacion. Las pústulas son pequeñas redondeadas, unidas, agrupadas, formando placas, variables de forma y extension. Cada uno de los elementos pustulosos está atravesado por un pelo. Las pústulas son tanto mas gruesas y umbilicadas cuanto están situadas en la base de pelos mas desarrollados. Pueden confundirse en la piel del cráneo con la sicosis (1).

b. Acné indurata.—En esta variedad, que es la exageracion de la precedente, y que puede ser muy ligera y se ven aparecer *pústulas* que se elevan lentamente, la supuracion no se establece en ellas hasta los dos ó tres setenarios, y aun falta á veces. Mas tarde se presentan otras pústulas que supuran, su base queda dura, encendida y el tejido celular ingurgitado concurre á formar una especie de *tubérculo* ó induracion crónica. De este modo se desarrolla un número limitado, y la afeccion no pasa de aquí.

En ciertos casos el acné es mas intenso y la fisonomía se altera notablemente, pues se observan *tubérculos de color rojo y lívido*, situados principalmente en las sienes y la nariz. En el intervalo hay pústulas en supuracion ó nacientes.

Estas pústulas se rompen al cabo de algunos dias, y salen algunas gotas de pus, y á veces una especie de papilla; la abertura se cierra sin dejar costra, pero la base persiste mucho tiempo, con frecuencia semanas, y solo desaparece para dejar una cicatriz indeleble parecida á la de las viruelas (Hardy).

El *acné indurata* puede atacar separadamente la cara y la espalda. No es raro encontrar individuos cuya espalda está llena de cicatrices de forma oblonga, restos de antiguas erupciones.

El acné indurata va frecuentemente acompañado de cuprose, de acné simple y del sebáceo fluente, y de la reunion de estas diversas formas, á las que tambien se añaden cicatrices amoratadas ó blancas consecutivas á erupciones anteriores, resulta una desgraciada deformidad.

c. Acné hipertrófico.—Este acné, que parece suceder á la fluxion sanguínea permanente que acompaña á la cuprose y á las repetidas

(1) Bazin, *Dictionn. encyclop. des sciences médicales*, t. I, p. 563, art. ACNÉ.

erupciones del acné indurado, consiste en tumores rojizos ó morados, blandos, surcados y rodeados por venas dilatadas, cubiertas lo mas ordinariamente de un barniz oleoso debido á la hipersecrecion del humor sebáceo. Estos tumores, cuyo volúmen varía desde el de un guisante al de una nuez, son á veces pediculados y diseminados, y otras veces reunidos en grupos; se desarrollan casi exclusivamente en la nariz, que toma un aspecto granujiento adquiriendo doble volúmen uniformemente repartido con color encendido, vinoso, y presenta un espesamiento de la piel, cuyos folículos están dilatados y abiertos; otras veces está cubierta de muchas tuberosidades, blandas, rojizas y perforadas por el orificio ensanchado de los folículos, lustrosas por el flujo sebáceo y surcados de venas varicosas. Se pueden encontrar algunos tumores semejantes en las mejillas, la frente, en las inmediaciones de los órganos genitales y en los muslos, pero su verdadero asiento es la nariz. En las partes afectas y en sus inmediaciones existe á veces una sensacion de calor y ligera escozor, pero no hay verdadero dolor y nunca prurito (1).

Las tres formas de acné que hemos reunido con el nombre de inflamatorios se encuentra casi por igual en ambos sexos; ya hemos visto que el acné simple pustuloso y el indurado, desconocidos en la infancia, son comunes en el momento de la pubertad; se les encuentra con frecuencia mezclados con el *molluscum granuloso*, que Bazin considera como un acné, *simple deformidad*, correspondiendo á lo que Hardy y Devergie, segun Alibert, describen con el nombre de *acné miliaris*. Esta forma está caracterizada por granos pequeños, blanquecinos, perlados, situados en la frente, los párpados y labios; no producen ningun prurito, permanecen estacionarios y se observan, sobre todo en las jóvenes aun de la época que indicaremos en seguiguida (2). Mientras que el acné simple y el indurado parecen ser privilegio de la adolescencia, se ve, por el contrario, al acné hipertrófico desarrollarse, en general en las personas de cierta edad especialmente desde los cincuenta años.

Recordaremos que se ha indicado en la etiología de las tres variedades que nos ocupan, la mala influencia de la permanencia á orillas del mar, así como la primavera y la herencia; en cuanto al uso habitual ó excesivo de los licores alcohólicos y del café, que se ha considerado como favoreciendo su desarrollo, parece actúan con mas energía en la produccion del acné hipertrófico que se encuentra con frecuencia en los borrachos. Tambien se designa la continencia como una circunstancia susceptible de favorecer la aparicion de los acnés inflamatorios, y Hardy hace observar lo frecuente que es encontrarlos entre los seminaristas de quince á veinticinco años (3).

(1) Hardy, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1864, t. I, p. 344.
(2) Bazin, *Dict. encycl. des sciences médic.* Paris, 1864, t. I, p. 566.
(3) A. Hardy, *loc. cit.*, p. 345.

En cuanto á la naturaleza del acné que hemos descrito, los autores están muy divididos; así sin estudiar mas que á los autores modernos encontramos, que mientras Hardy solo ve una afeccion local de los folículos sebáceos, presentada sin participacion de toda enfermedad constitucional, y que se encuentra indistintamente en los escrofulosos, gotosos, herpéticos y sifilíticos; refiere Bazin el *acné piloso umbilicado* exclusivamente á la *artritis* y considera como manifestaciones de la *escrófula* y de la *artritis*, el *acné indurado*, así como el *rosáceo* descrito anteriormente.

Por último, el *acné pustuloso miliar* indicado antes como subvariedad de forma del *acné pustuloso*, constituye, segun Bazin, una afeccion sintomática de la artritis de la escrófula y de la sífilis. El orígen sifilítico de este acné miliar ha sido discutido, y Hardy le rechaza completamente y procura establecer un diagnóstico diferencial entre el acné y la que llama *sifílide aciniforme*. Sin embargo, reconoce la dificultad del diagnóstico, lo que se comprende, añade, porque el *asiento anatómico es el mismo en ambas afecciones*. Siguiendo el ejemplo de Bazin, del que hemos tomado la definicion del acné, estudiaremos el valor semeiotico de la lesion cutánea, pareciéndonos natural no aislar una de otra estas afecciones, y solo á título de carácter distintivo de especie diremos: el *acné pustuloso sifilítico* (*sifílide aciniforme* de Hardy) comienza por el tronco, por la cara, y aun por los miembros, sobre los que no aparece el acné simple. Sus pústulas, que son las del acné pustuloso miliar ya descrito, no vastan para caracterizarle; pero las pequeñas manchas cicatriciales que las suceden son cobrizas, de forma redondeada, y presentan en el centro una depresion por donde comienza la decoloracion. Al cabo de cierto tiempo, el centro es blanco mate, pero el contorno es aun cobrizo (1).

3.° ACNÉ PROCEDENTES DE LA RETENCION DEL PRODUCTO DE SECRECION.

a. Acné punteado.—Esta forma de acné se sitúa sobre la cara, la parte anterior del pecho, la espalda, y á veces el miembro viril (Hardy). Consiste en pequeñas eminencias de volúmen de una cabeza de alfiler, presentan en el centro un punto negro, con justicia comparado á un grano de pólvora fijo en la piel. Apretando la base de estos pequeños tumores se hace salir el *comedo*, pequeña produccion cónica, vermiforme conocido por el vulgo con el nombre de *gusano de la piel*, y formado por la materia sebácea concretada y blanquecina; el color negruzco de la extremidad superior se debe solo al contacto del aire y al depósito de polvo atmosférico sobre la materia sebácea. Sabido es que entre esta materia se ha encontrado un parásito por Simon de

(1) Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, t. I, p. 287.—Véase tambien J. Rollet, art. ACNÉ SYPHILITIQUE del *Dict. encycl. des sciences médicales*, t. I, página 571.—Tanturri, *Étude sur l'acné syphilitique* (H. Morgagni, 1864, y *Gazette médicale de Paris*, 1866, p. 134).

Berlin (1), descrito por Eugenio Lanquentin, con el nombre de *Demodex* (2); pero este pequeño parásito (figura 54) no es especial del acné punteado, pues se encuentra entre el humor de los folículos sanos.—El acné punteado puede existir solo ó simultáneo con el acné pustuloso; va tambien á veces acompañado de ligero prurito.



Fig. 54.—*Demodex foliculorum*.—A. el animal visto por su parte inferior; B, su cara aislada; C, su huevo.

El *acné córneo*,—descrito aparte por algunos autores, especialmente por Cazenave y Hardy (el último de estos autores le asocia á la escrofúlide foliculosa), se parece mucho al acné punteado; pero aquí el producto sebáceo blanco ó amarillo concreto y duro, se presenta bajo la forma de eminencias puntiagudas, agrupadas en un espacio circunscrito, y dando al tacto la sensacion de una lima ó de un cepillo. Haciendo presion en la base de estos puntos se hace salir el producto, y á veces se le expulsa. El acné córneo puede presentarse sobre todos los puntos de la cubierta cutánea; en la nariz, la frente, la barba, y sobre todo la espalda y las nalgas. No va acompañada de ninguna sensacion morbosa de la piel, y puede persistir durante meses y años (3).

Relativamente á la etiología del *acné punteado* no tenemos nada que decir, á no ser que Bazin la considera como una *escrofúlide benigna*, mientras que el *acné córneo*, que deja cicatrices mas profundas, se acompaña de accidentes mas graves, se hace partir de *escrofúlides malignas* y se coloca por el mismo autor en el número de las variedades del *acné sebáceo concreto*.

b. Acné varioliforme.—Esta afeccion descrita con este nombre por primera vez por Bazin (4), habia sido ya indicada por Bateman, con el nombre de *molluscum contagiosum*, designado por Rayer con el de *elevare folliculaire*, y estudiada por Huguier, con la denominacion de *ecdermoptosis* (5). Tambien ha recibido este los nombres de

(1) G. Simon, *Ueber dia. Vorkommen lebender Thiere in den sogenannten Mitessern (Acne punctata) der Menschlichen Haut* (*Medizinische Zeitung herausgegeben von dem verein fur Heilkunde in Preussen*, 1842, n.° 9).—*Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erlaütert*. Berlin, 1851.

(2) Moquin-Tandon, *Éléments de zoologie médicale*, 2.ª ed., p. 316. Paris, 1862.

(3) Hardy, *loc. cit.*, p. 350.

(4) Bazin, *Mém. sur l'acné varioliforme* (*Journal des connaissances médicales*, 1851).

(5) Huguier, *Mém. sur les malad. des appar. sécrét. des organes génit. ext. de la femme* (*Memoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1850, t. XV, p. 585).

acné tuberculoso umbilicado (1), *acné moluscoide* (2), *acné tuberculoide* (3); tiene por asiento ordinario la cara, el cuello, la parte anterior del pecho, se puede observar en todas las regiones del cuerpo. Limitado con frecuencia á una region, puede extenderse á la vez á la cara, el tronco y los miembros; en fin, encontrado en las partes sexuales de la mujer por Hugier, se ha observado en los mismos puntos por Bazin, en uno y otro sexo indiferentemente.

«La erupcion consiste en pequeñas eminencias redondeadas, que varían de volúmen desde un grano de mijo hasta un guisante ó una cereza; son duras, no dolorosas al tacto (á no ser que estén inflamadas) umbilicadas, discretas ó coherentes, raras ó mucosas, cuyo color se parece á la cera blanca, y como semi-trasparentes sobre los bordes del punto umbilicado (4).

El acné varioliforme puede permanecer mucho tiempo estacionario y curarse espontáneamente, sea por la evacuacion del folículo y su inflamacion adhesiva, que puede llegar hasta la formacion de pus y de una costra amarilla azúcar de cebada con cicatriz consecutiva, sea por la estrangulacion y mortificacion del folículo dejan en su caida una escara que cae y es sucedida por una superficie hundida, alineada, formando en quince ó diez y ocho meses una cicatriz de las mas notables. Esta es radiada como las de la vacuna y viruela, redondeada, con bordes marcados, como cortados á pico, blanquecina con depresiones múltiples mas coloreadas que el resto de la depresion, en cuyo fondo, y con la lente, se ve salir un pelo. Estas depresiones parecen responder á las coronas de folículos sebáceos que rodean la base de cada pelo.

El acné varioliforme constituye una de las manifestaciones de la escrófula cutánea, y cualesquiera que sean las dadas emitidas sobre su orígen, Bazin ha podido establecer siempre la relacion de este acné con los demás accidentes de la escrófula, opinion á la que Hardy no duda en afiliarse. En cuanto á la frecuencia de esta afeccion en la infancia y la juventud se admite por lo general, aunque puede observarse en todas las edades, y aun en los viejos (Cazenave).

Admitido por Bateman y reconocido implícitamente por la designacion que se le habia dado (*molluscum contagiosum*), el contagio del acné varioliforme está discutido; en efecto, mientras que Cazenave y Devergie no se deciden, que Bazin niega esta propiedad contagio-

(1) Piogey, *Observation d'acné tuberculeuse ombiliquée (Comptes rendus de la Société de biologie*, 1.ª série. Paris, 1852, t. IV, p. 170).

(2) Caillault, *Recherches sur deux variétés rares d'acné (Archives gén. de méd.*, 4.ª série, t. XXVII, 1851).—*Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants*. Paris, 1859, p. 97.

(3) A. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 3.ª ed., p. 274.

(4) Bazin, *Dictionn. encycl. des sciencies med.*, t. I, p. 565.—Véase tambien Magnan, *De l'acné varioliforme*, tésis de doctorado. Paris, 1855.

sa; por el contrario, Caillault (1) y Hardy (2) dan á conocer casos que les parecen favorables á la opinion de Bateman; y «aunque se ignora completamente cómo se verifica el contagio, Hardy aconseja habitualmente para impedir la propagacion de la enfermedad, evitar la proximidad, y sobre todo el contacto inmediato de las personas afectas.»

Haremos observar que en los casos referidos por Bateman, Devergie, Caillault, Hardy, se trataba de una madre y de su hijo, de una nodriza y de la criatura que lactaba.

c. Acné muloscoides.—Describiremos con este nombre variedades de acné confundidas por Hardy con el nombre general *molluscum*, pero reservaremos esta denominacion para su grupo de *deformidades hipertróficas* de la piel, de la que presentaremos mas adelante los caractéres diferenciales (3). Hemos presentado anteriormente la descripcion sucinta del *acné miliaris* (Hardy) (*molluscum granulex* de Bazin), nos resta hablar del *acné estedrico* (*molluscum estedrico* de Bazin) y del *acné elefantidsico* (Bazin).

El acné esteárico constituye una lupia de la piel, esencialmente formada por la retencion y acúmulo de una materia grasa concreta en un folículo ó en un conducto sebífero hipertrofiado. Solo su asiento anatómico es el que nos hace presentar la descripcion. Puede observarse tambien en todas las regiones del cuerpo, bajo la forma de pequeños tumores redondeados sin alteracion de color de la piel, pediculados ó no, del volúmen de un guisante ó de una pequeña cereza, no producen ninguna alteracion funcional, y pueden permanecer estacionarios indeterminadamente (4).

En fin, con el nombre de *acné elefantidsico* (*molluscum ateromatoso* de algunos autores) se ha descrito una variedad rara observada por Bazin y por Lutz (5), y caracterizada por la existencia de una hipertrofia general del sistema glandular de la piel. Toda la cubierta exterior del cuerpo está sembrada de tumores lobulados ó vegetantes, entremezclados de manchas y de acné oleoso que desprenden un olor de sebo *sui generis*. Esta afeccion es para Bazin de naturaleza eminentemente escrofulosa (6).

4.° ACNÉ POR HIPERCRINIA DEL HUMOR SEBÁCEO DERRAMADO FUERA DE LOS FOLÍCULOS.—Este último grupo comprende dos formas cuya descripcion está fundada sobre el hecho de que en una la materia derramada se presenta bajo el aspecto de un líquido oleoso (*acné sebáceo fluente*), y en la otra bajo la apariencia concreta de grasa ó de costras (*acné sebáceo concreto*).

(1) Caillault, *loc. cit.*, *Archives de méd.*
(2) Hardy, *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurgie pratiques*, t. I, p. 354.
(3) Véase mas adelante, cap. X, art. MOLLUSCUM.
(4) Bazin, *Leçons sur les affect. cutanées artificielles, etc.* Paris, 1862, p. 446.
(5) Lutz, *De l'hypertrophie génér. du syst. sébacé*, tésis inaugural, Paris, 1860.
(6) Bazin, *loc. cit.*, p. 447.

a. Acné sebáceo fluente (*flujo sebáceo* de Bazin).—Indicado por la primera vez por Biett, se ha descrito esta variedad con ésmero por Cazenave (1), Devergie (2), Bazin, Hardy, etc. Está caracterizada por la abundancia extraordinaria del flúido segregado y por la dilatacion de los orificios foliculares. Se observa generalmente en la cara y piel de la cabeza, y en la cara especialmente al nivel de las cejas, la nariz y las mejillas. Se la ha visto en las axilas y region pubiana (Bazin), y en algunos casos se extiende á toda la superficie cutánea (Hardy, Bazin). La piel de las partes enfermas está como barnizada ó cubierta de una capa de aceite, y á la lente los orificios glandulares se presentan por lo general ensanchados. Con frecuencia no experimenta el enfermo otra molestia que la resultante de la aplicacion de un cuerpo graso; á veces, además de la caida del pelo y del vello que determina, experimenta el enfermo picores y hormigueos. Esta variedad de acné produce molestia por la abundancia de secrecion oleosa y por la coincidencia de otras formas, y especialmente con el acné pustuloso é indurado.

En ciertos casos, la inflamacion de los folículos puede, segun Cazenave y Schedel, llegar á producir en el flúido segregado una alteracion que le asemeje al *líquido seroso purulento* de las vesículas del eczema.

b. Acné sebáceo concreto.—En lugar de permanecer líquido el flujo sebáceo se concreta á veces y puede, por una acumulacion sucesiva, formar una especie de capa de variable extension, que ofrece un aspecto graso amarillo. Primero blanda, poco adherente, no tarda esta capa en endurecerse, provocando á veces un ligero dolor al tratar de desprenderla. A veces tambien, sobre todo cuando se localiza en la nariz, puede adquirir un color negruzco que le da un aspecto singular. Las incrustaciones á que da lugar la desecacion del humor sebáceo son variables y han impulsado á Bazin á describir las variedades *escamosa* ó *costrosa*, *peniciliforme*, *crutácea* y *córnea*. Hemos dado ya anteriormente la descripcion de esta última al hablar del acné punteado; en el *acné peniciliforme* las concreciones sebáceas tienen la forma de pequeñas borlas sedosas que se han comparado al amianto implantadas en los folículos acnéicos. En cuanto á la variedad *costrosa*, que es la mas comun, sus escamas son bastante delgadas y poco extensas, de un gris amarillo que se hace pardo con el tiempo; poco adherentes á las partes subyacentes; son además maleables como la cera, y en vez de ser quebradizas ó pulverulentas como las mas espesas del impétigo. Cuando el acné sebáceo costroso está situado en la piel del cráneo, engrasa la cabeza, aglutina los cabellos, haciendo pelotones difíciles ó imposibles de desenredar, que la dan analogía con el *trocoma* ó *plica polonesa*. A veces ha visto Bazin an-

(1) Cazenave, *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 315.
(2) Devergie, *loc. cit.*, p. 269 y siguientes.

chas incrustaciones granulosas, verdosas, esparcidas sobre casi la totalidad de la superficie cutánea, exhalando olor *sui generis* de los mas insoportables (1).

El acné sebáceo (2), cualquiera que sea su forma, constituye una manifestacion de la escrófula; en algunos casos reconoce Bazin en la forma crustácea la naturaleza artrítica.

§ IV.—Curso, duracion, terminacion.

Cualquiera que sea su forma, el acné tiene un *curso* lento y una *duracion* siempre larga. Sin embargo, es preciso esceptuar algunos casos de *acné simple*, raros á la verdad, pero sobre todo de *acné sebácea*, cuya duracion no ha pasado de dos ó tres setenarios. Por lo general el acné persiste con pertinacia, y los *barros* duran años enteros.

La curacion, aunque siempre difícil de obtener, es una terminacion bastante frecuente, principalmente en las variedades *simple* y *sebácea*.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Es siempre fácil, sobre todo en el *acné simplex* y en el *acné rosácea*. Las costras blandas, aceitosas, poco adherentes, de color amarillo sucio, negruzcas del *acné sebácea* no pueden confundirse con las costras secas, rugosas y desmenuzables, de color amarillo de ambar del *impétigo*.

El elemento *pustuloso* del acné le hará siempre distinguir de las pápulas del *liquen*, cuyo vértice escoriado y costroso pudiera algunas veces hacer equivocarse. Tampoco nos veremos embarazados para distinguirla del *lupus*, el que por la destruccion de las partes que afecta presenta un carácter distintivo suficiente. En cuanto á la *sicosis* daremos mas adelante sus caractéres distintivos cuando se trate de esta afeccion.

Pronóstico.—Si el sugeto es jóven, la enfermedad reciente y la erupcion ligera y no sostenida por las causas que la han hecho nacer, se puede esperar triunfar de ella fácilmente; esto es lo que sucede en muchos casos de *acné simplex* y de *acné rosácea*. En cuanto á las demás variedades, ordinariamente mas rebeldes, persisten algunas veces indefinidamente, y en general se puede decir del acné, que cualquiera que sea su forma es una enfermedad difícil de curar.

(1) Bazin, *Dict. encycl. des sciences médicales*, t. I. p. 560 y 561, Paris, 1854.
(2) *Séborrhée* de algunos autores ingleses y alemanes.

§ VI.—Tratamiento.

Si es cierto, como lo indican los autores, que las diferentes formas del acné exigen cada una un *tratamiento* particular, hay, sin embargo, cierto número de medios terapéuticos que son comunes á todas. Empezaremos el tratamiento de esta afeccion por la exposicion de estos medios, y en seguida daré á conocer lo que puede tener de especial cada variedad.

1.° *Tratamiento comun á las diversas especies.*—Un *régimen* simple y suave, el uso habitual de las *bebidas refrigerantes*, la *privacion de los alcohólicos* y de los excitantes análogos, la separacion de todas las causas que pueden llamar la sangre hácia la cabeza, de cuando en cuando *algunos revulsivos hácia el conducto intestinal*, *algunos derivativos en las extremidades*, el uso de los *tópicos emolientes*, ya en lociones, ya en pomadas; en fin, si el caso lo exige, algunas *emisiones sanguíneas* generales ó locales, tales son los medios que constituyen la base del tratamiento generalmente empleado, que en los casos de acné simple y en algunos de acné *rosácea* incipiente, pueden bastar para detener el curso de la enfermedad y producir una curacion rápida. Pero en la mayor parte de los casos el médico está obligado á recurrir á medios mas activos, y estos son los que me resta exponer, y que se diferencian segun las diversas variedades del acné.

2.° *Tratamiento del acné rosáceo.*—Segun Cazenave y Schedel, toda la medicacion consiste en los medios higiénicos, y si alguna vez hay necesidad de recurrir á las emisiones sanguíneas, es preferible limitarse á las emisiones locales; los pediluvios constituyen en algunos casos útiles auxiliares.

Hardy ha empleado con éxito en los casos intensos lociones de agua caliente á temperatura tan elevada como puedan resistir los enfermos, repetidas mañana y tarde, y hechas con rapidez durante un minuto próximamente. En el primer momento producen calor y rubor en la cara, pero muy pronto cesa el aflujo de sangre, y por una reaccion contraria á la que provoca la accion del agua fria, las partes tocadas por el agua caliente palidecen y enfrian por algun tiempo. Unas veces se emplea el agua fria, otras se le añaden algunas gotas de tintura de benjuí ó un líquido aromático, como el agua de colonia, ó bien una pequeña dósis de sublimado corrosivo (para un vaso de agua caliente una cucharada de las de café de una solucion de un gramo de sublimado por 150 de agua) (1).

Cuando la enfermedad data ya de muchos meses, es menester unir con las lociones unturas ligeramente irritantes, y especialmente las de pomada mercurial:

(1) Hardy, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. I, p. 341.

R. Manteca........... 30 gramos. | Protoioduro de mercurio... 2 á 4 gram.

Segun la mayor ó menor accion que se quiera producir (1).
Hardy aconseja la siguiente fórmula:

R. Ungüento rosado.... 15 gram. | Protoioduro de mercurio. 10 á 15 centíg.

aumentando gradualmente la dósis de la sal mercurial hasta una trigésima ó una vigésima parte, continuando el tratamiento local por muchos meses.

Hillairet emplea tambien la pomada de biioduro hidrargírico, á una centésima próximamente, para llegar gradualmente á la cincuenta ó veinticincoava parte, y aun á veces á la décima.

En fin, F. Rochard (2) aconseja el empleo de la siguiente pomada:

R. Manteca.............. 60 gram. | Ioduro de cloruro de mercur. 75 centíg.

Una sola friccion es suficiente al dia; debe límitarse á las superficies enfermas, se renueva durante dos ó tres dias para suspenderla durante el mismo tiempo, y repetirla despues.

La aplicacion de estas pomadas da lugar primero á una rubefaccion intensa y sensacion de calor en la parte de la piel que se ha tocado; se ha visto sobrevenir erisipela de la cara (3) y de la cabeza, en las mismas circunstancias; pero estos fenómenos de reaccion duran poco y desaparecen despues de unos dias á pesar de la continuacion de la pomada, para reaparecer cada vez que se aumenta la dósis de la sal mercurial. Segun Devergie, no se obtiene por estos medios la curacion, sino el alivio de la cuprose; y Hardy dice haberlas empleado con éxito muchas veces.

El colodion extendido sobre la superficie enferma ha producido grandes ventajas en muchos casos (4).

En fin, en los casos rebeldes y antiguos del acné rosado, se pueden emplear las duchas de vapor ó aguas sulfurosas dirigidas sobre las partes enfermas, se aconseja sobre todo las aguas sulfurosas de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, de Ax, etc., que se administrarán en baños y duchas suaves sobre la cara. Indicaremos tambien las aguas de Loeches y las de Schlangenbad (Nassau). El uso de estas aguas minerales parece ser preferible para consolidar una curacion que para producirla.

3.° *Tratamiento de los acnés inflamatorios.*—En los casos de acné simples ó de pústulas poco comunes, no hay en realidad nada que hacer; sin embargo, su persistencia ha hecho á algunos prácticos aconsejar el uso de lociones en agua de salvado, emulsion de almen-

(1) O. Reveil, *Formulaire des médicaments nouveaux*, 2.ª edicion, Paris 1865, página 296.
(2) F. Rochard, *Union médicale*, 27 Diciembre 1841.
(3) Devergie, Bazin, Hardy, etc. Véase tambien el artículo ERISIPELA.
(4) Wilson, *The Lancet* et *Répert. de pharm.*, Enero 1849.

dras amargas, el cocimiento de simiente de membrillo. Los antiguos hacian en estos casos uso frecuente de linimentos en que la trementina, el vinagre, el jabon, la mirra, etc., entraban como base; pero estos medios están hoy casi abandonados.

El tratamiento local emoliente, compuesto de baños y lociones mucilaginosas, de cataplasmas frias de fécula de patata, ha parecido en la mayoría de los casos completamente inerte, constituye un medio preparatorio muy útil, aquí como en la cuprose, cuando se tiene ánimo de recurrir á una medicacion local sustitutiva; se compone esta de las diversas lociones y pomadas indicadas anteriormente. Hardy indica, entre otras, las lociones de agua caliente adicionada de algunas gotas de amoniaco; las hechas con una solucion de sulfuro sódico ó potásico; las unturas con aceite de enebro, con tintura de iodo, aceite de nuez de anacardo, etc.

4.° *Tratamiento de los acnés producidos por la retencion del producto de secrecion.*—La mayor parte de los medios que tienen por objeto la resolucion de los tubérculos y dar á la erupcion crónica un curso mas agudo. Así es que se han aconsejado las *lociones de agua destilada de rosas rojas*, de *salvia* y de *espliego*, á la cual se añade una proporcion de alcohol que varía segun el grado de irritacion de la superficie enferma. Biett, Cazenave y Schedel elogian la solucion siguiente:

R. Sublimado...... 25 á 30 centíg. | Agua destilada............ 250 gram.

Se usa en lociones.

Segun estos autores, se pueden añadir 30 gramos de alcohol rectificado.

El *licor de Gowland*, que goza en Inglaterra de gran crédito, se diferencia poco de esta preparacion, y su fórmula es la siguiente:

Licor de Gowland.

R. Deutocloruro de mercurio. 1 decígr. | Emulsion de almendras amar-
Sal amoniaco............ 1 decígr. | gas.................... 200 gram.

Se usa en lociones.

Las *aguas sulfurosas*, sobre todo las de Baréges, de Enghien, de Cauterets, etc., se usarán con ventaja en *lociones* y en *baños*, y podrán igualmente *darse interiormente*.

Entre las *pomadas* cuya eficacia se ha alabado, citaré la compuesta de *protocloruro amoniacal de mercurio* á la dósis de 1 á 4 gramos, por 30 gramos de manteca, con la que se hacen fricciones repetidas en las partes induradas.

Biett se sirvió con buen éxito durante muchos años de la pomada de *ioduro de azufre*, y ha dado la fórmula siguiente:

R. Ioduro de azufre. 80 á 150 centígr. | Manteca de puerco......... 30 gram.
Se usa en fricciones.

Los *baños*, pero sobre todo los *chorros de vapor acuoso*, dirigidos por espacio de doce á quince minutos á la cara, ayudan poderosamente la resolucion de los tubérculos, segun Biett, Rayer, Cazenave, Schedel, etc. Lo mismo sucede con los *baños de vapor* en la estufa húmeda, cuando la enfermedad tiene su asiento en la espalda, hombros ó parte anterior del pecho.

La *cauterizacion*, la aplicacion de un *vejigatorio* en los puntos afectados, con el objeto de cambiar la vitalidad de los tejidos, son medios si no peligrosos, á lo menos demasiado inciertos en su uso para que se los pueda aconsejar sin vacilar.

Además de los medios terapéuticos, tales como lociones, pomadas, duchas, ó baños indicados ya al hablar del tratamiento de la cuprose y del de los acnés inflamatorios, y que todos tienen por objeto determinar una irritacion sustitutiva, hay otros que daremos á conocer. Cuando, por ejemplo, los tumores del acné variliforme son en pequeño número, se ha aconsejado hacer con una lanceta una incision muy superficial en la parte media del tumor, haciendo luego presion en la base con las uñas ó los pulgares, para hacer salir el folículo á través de la incision y evacuarle completamente Pero cuando los folículos enfermos son muy numerosos, este medio que Huguier ha empleado con éxito muchas veces, no puede ser apreciable. Se puede recurrir entonces al uso de los astringentes, tales como las soluciones de alumbre, de sulfato de zinc, de sulfato de hierro, que parece producen la contraccion del folículo, la evacuacion de la materia sebácea y la desecacion del tumor (Hardy). Se aconsejan tambien las lociones irritantes que producen inflamacion del folículo y la curacion por supuracion ó ulceracion, y con este objeto se han empleado las aplicaciones de la tintura de iodo pura, las lociones con una solucion de sublimado, las cauterizaciones con el nitrato de plata, las duchas sulfurosas, las pomadas mercuriales, sulfurosas ó con base de ioduro de azufre. Bazin aconseja las lociones y baños alcalinos. Cazenave las lociones con agua amoniacal. Pero en general, siempre que sea posible, es preferible, segun Hardy, recurrir á los procedimientos quirúrgicos, que consisten en la incision, en la excision ó en la ligadura de los tumores foliculosos.

5.° *Tratamiento de los acnés por hipercrinia del humor sebáceo derramado fuera de los folículos.*—Biett ha empleado muchas veces con éxito *chorros de vapor* dirigidos por espacio de quince ó veinte minutos á las superficies enfermas, y luego secundaba la accion de este modo con *lociones* hechas con *infusiones*, primero *narcóticas* y mas adelante *estípticas*, por la adicion de *sulfato de alúmina* ó de algunos *ácidos vegetales*.

Rodet recomienda el uso de la siguiente pomada:

R. Manteca..............	50 gram.	Tanino......................	4 gram.
Azufre sublimado.......	4 gram.	Agua de laurel cerezo.......	5 gram.

Disuélvase el tanino en el agua, añádase el azufre é incorpórese la manteca (1).

Hardy recomienda principalmente el empleo de lociones con el subcarbonato de sodio, el borato de sodio (agua comun 300 gramos, subcarbonato ó borato de sodio de 5 á 10 gramos) repetidas muchas veces al dia. Aconseja tambien el uso de las lociones de alumbre, de sulfato de hierro, de tanino.

Las pomadas tienen con frecuencia el inconveniente de aumentar el estado oleoso de la piel, y bueno es en su preparacion sustituir la manteca con la glicerina, que es menos oleginosa; puede emplearse la glicerina del modo siguiente:

R. Glicerina............	100 gram.	Tanino....................	10 gram.
Agua de rosas.......	25 gram.		

Es por lo general útil asociar al tratamiento local el aceite de hígado de bacalao, los amargos y las precauciones higiénicas convenientes.

En un caso (2) Cazenave ha modificado ventajosamente un acné sebácea que databa ya de cuatro años, por el uso combinado de los *sudoríficos*, de los *baños* y de los *chorros de vapor acuoso*, de las *lociones amoniacales* y de las fricciones con la pomada siguiente:

R. Ioduro de ammonium...	1 gram.	Manteca de puerco..........	30 gram.

Háganse fricciones tres veces al dia con una porcion de esta pomada del tamaño de una haba.

ARTÍCULO III.

SICOSIS.

§ I. — Definicion, sinonimia y frecuencia.

La sicosis es una afeccion de los folículos pilosos caracterizada por la existencia de pústulas situadas en la base de los pelos, precedidas ó seguidas de una induracion, que no pasa ordinariamente de los tegumentos, pero que puede, sin embargo, ocupar el tejido celular subcutáneo (Bazin).

La sicosis es una enfermedad bastante frecuente.

(1) O. Reveil, *Formulaire des médicam. nouveaux*, 2.ª edic., Paris, 1865. p. 129.
(2) A. Cazenave, *Ann. des malad. de la peau*, p. 305, Paris, 1844.

§ II.—Causas.

El modo como hoy se considera generalmente, con Bazin, la sicosis permite referir su desarrollo á dos órdenes de causas:

Causas externas.—1.° Accion de causas irritantes, tales como el aceite de enebro, etc., ó una simple navaja mellada (Cazenave, Bazin, etc.), producen el desarrollo de la sicosis artificial; 2.°, la introduccion de los espóros del tricofiton en el folículo piloso (Bazin), da lugar á la sicosis parásitaria. Se deben entonces considerar como causas puramente auxiliares las que permiten la accion de los esporos sobre el pelo. Así, por el solo hecho del empleo de instrumentos que han estado en contacto con una superficie atacada de sicosis, podia contraerse la misma afeccion.

Causas internas.—La sicosis puede ser sintomática de la escrófula, de la sífilis ó de la artritis; pero la sicosis artrítica es la única novedad que se presenta en estado de implicidad perfecta (Bazin).

§ III.—Síntomas.

El nombre de *mentagra*, con el cual es designada por algunos autores, procede de que afecta con frecuencia la barba. Se ha encontrado esta enfermedad descrita con los nombres de *sicosis menti*; este es el *herpes pustuloso mentagra*, el *varus mentagra* de Alibert.

La aparicion del sicosis puede no ir precedida de ningun fenómeno morboso apreciable, ó por el contrario, suceder al desarrollo tanto de pequeñas pústulas, discretas, aisladas, y se perpetúan durante un tiempo variable (meses y aun años), tanto de un círculo de herpes ó de eritema parasitario, ó bien de pitiriasis blanca parasitaria (primero y segundo período de la tiña tonsurante).

La erupcion inicial de la sicosis consiste en una *pustulita* que pasa pronto, pero cuyos caractéres deben llamar la atencion; es puntiaguda y dolorosa; al cabo de tres ó cuatro dias se rompe y deja una *costra pequeña* que cae sin dejar señal de su existencia. Bien pronto aparece otra pústula que sigue el mismo curso, pero es de mayor duracion, hasta que, en fin, se presenta una erupcion de muchas pústulas acompañada de *una sensacion de tension dolorosa* y de una *rubicundez* marcada de los tejidos. En esta época se puede ya reconocer en este grupo de pústulas una pequeña *induracion* en su base.

Las *costras* producidas por la supuracion, cada vez mas abundante, son mas gruesas, *negruzcas*, secas y poco adherentes. Cuando se caen se ven apuntar nuevas pústulas que recorren las mismas fases que las primeras. Bien pronto se puede juzgar de los progresos de la inflamacion, que extendiéndose al tejido celular subdermóideo, da lugar á *infartos tuberculosos*, que acaban por formar verdaderas *nudosidades*. En estos casos es cuando la barba se halla alterada en

su forma; algunas veces se parecen en cierto modo estos tumores á las cerezas, y dan á la fisonomía un aspecto particular.

En un grado mas avanzado, la inflamacion puede acarrear la *caída de los pelos*, y aun dar lugar á *verdaderos accesos*. Entonces puede complicarse la *sicosis con pústulas de impétigo*, que enmascaran la enfermedad y hacen el diagnóstico sumamente difícil.

La sicosis no *ocupa* exclusivamente la barba; algunas veces colocada debajo de la nariz, está constituida allí por una sola pústula que se desarrolla de la manera indicada mas arriba, y que con frecuencia se manifiesta muy rebelde.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Es muy raro que la sicosis siga un *curso* agudo, y en casos escepcionales la enfermedad puede durar de diez á quince dias. Las mas veces este curso es esencialmente crónico. La *duracion*, que es sumamente variable, es en general muy larga y á veces indefinida. Cuando la sicosis se *termina* por la curacion, se ven aplanarse poco á poco los infartos tuberculosos, las costras se caen, y las pústulas, que se hacen de cada vez mas raras, cesan de presentarse. Cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo, deja despues de ella *señales rojas*, amoratadas, en cuya superficie se forma una *esfoliacion epidérmica*. La sicosis es una enfermedad que ofrece frecuentes *recidivas*.

§ V.—Definicion y sinonimia.

El *diagnóstico* de la sicosis es en general fácil. La sicosis solo puede confundirse con el *acné* y el *impétigo*, y hé aquí cuáles son los caractéres por los que se conocerán estas diversas afecciones.

Las pústulas de la sicosis se diferencian de las del impétigo en que las primeras son discretas y puntiagudas, al paso que las del *impétigo* son mas anchas, aplastadas y dispuestas en grupos. Las costras del impétigo son anchas, gruesas, amarillas, friables y húmedas; las de la sicosis son secas y parduscas. Cuando á estos caractéres se agrega la induracion tuberculosa, no es ya posible la duda.

En fin, en ciertos casos, la presencia del tricophiton, al mismo mo tiempo que para diagnosticar la existencia de la sicosis, sirve para reconocer la naturaleza parasitaria.

El *acné* no se confundirá con la sicosis si se recuerda que sus pústulas son mas superficiales, mas inflamadas, que supuran muy incompletamente, que no dan lugar á las costras particulares de la sicosis, que son seguidas de una induracion menor, y que, en fin, tienen por carácter esencial el estar acompañadas de una supersecrecion de materia sebácea.

Recordado que la sicosis tiene su asiento en el folículo piloso, en

esta vaina que rodea el pelo hasta su salida, lo que explica la predileccion con que ataca al hombre, habremos completado los elementos del diagnóstico de esta afeccion.

Pronóstico.—La sicosis nunca es grave por sí misma. El médico debe estar advertido de su tenacidad, y muchas veces de la ineficacia absoluta de los tratamientos usados para combatirla.

§ VI.—Tratamiento.

En los casos en que la sicosis existe en el estado agudo, y cuando en el curso de su evolucion se acompaña de tension dolorosa y de señales de congestion, todos los autores aconsejan recurrir á los *antiflogísticos*, á las *sangrías locales* un poco separadas de la erupcion, y á las *aplicaciones emolientes* frecuentemente repetidas, tales como lociones y cataplasmas de féculas; algunos *laxantes* y una *tisana refrigerante* son los únicos medios que se pueden emplear con mas ventajas, y están siempre indicados cuando la enfermedad presenta cierto grado de agudeza.

Una precaucion que jamás se debe descuidar en el tratamiento de la sicosis, *es el no afeitarse*, y se cortará la barba del enfermo con tijeras.

Cuando ha desaparecido toda inflamacion, se dirige el tratamiento contra los infartos tuberculosos. Para esto se recurre á los *chorros de vapor*; á los *tópicos resolutivos*, en una palabra, á los medios que hemos indicado detalladamente en el tratamiento del *acné indurata*.

Broussonnet (1) emplea los *baños gelatinosos* ó *alcalinos*, las *aplicaciones emolientes* y *narcóticas*, despues el *vejigatorio curado con una solucion de nitrato de plata*, y al mismo tiempo ejerce *compresion con una plancha de plomo*, delgada y flexible, colocada entre dos lienzos. Pero debemos hacer observar que todos estos medios tienen una eficacia secundaria en los casos de sicosis parasitario. Sin embargo, en estos mismos casos se debe procurar calmar todo estado agudo antes de emplear los medios propios para matar al *tricophiton*. Se llega á este resultado por dos medios: la *epilacion* y los *agentes parasiticidas*.

La epilacion, dice Bazin, produce una mejora, pero exige cierta destreza, porque hay el peligro de tomar como pústulas mentagrosas las ectímicas sin consecuencias. Además, es necesario no limitarse á extraer los pelos gruesos que atraviesan las pústulas ó las costras, pues que precisamente son los pequeños los que presentan en su base pústulas que el hongo afecta de preferencia. El vello debe avulzarse con el mayor cuidado.

En cuanto á la eleccion de la solucion parasiticida, Bazin emplea

(1) Broussonnet, *Bulletin gén. ther. et med.-chir.* Montpellier, 30 setiembre de 1854.

sin preferencia y sin exclusion el sublimado. Solamente encarga no elevar la dósis de la sal mercurial; la salivacion producida dos veces hizo interrumpir el tratamiento. No hay que temer ningun accidente no pasando de 1 gramo por 500 de agua destilada. Formulado el líquido de este modo hay la seguridad de no irritar las superficies enfermas (1).

ARTÍCULO IV.

ECTIMA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se designa con el nombre de *ectima* una inflamacion de la piel caracterizada por pústulas flisáceas, anchas, redondeadas y ordinariamente discretas, de base dura, inflamada, á las que se siguen costras pardas, gruesas, que dejan despues de su caida una señal roja, que persiste mas ó menos tiempo, ó bien, lo que es mas raro, una verdadera cicatriz.

El ectima, designado por Alibert (2) con el nombre de *phlyzacia*, y con el de *Epinyctis* por Sauvages, Vogel, etc., es una enfermedad *bastante comun*.

§ II.—Causas.

Ninguna *edad*, ninguna *constitucion* está libre de padecer el ectima, pero es mucho mas frecuente observarle en *sugetos debilitados* por fatigas ó enfermedades, en los ancianos débiles, en una palabra, en todos los sugetos cuya constitucion está mas ó menos deteriorada.

En este sentido obran los alimentos insuficientes ó de propiedades delectéreas; indicaremos especialmente la leche procedente de mala nodriza y en otros la administracion de ciertos medicamentos, tales como los arsenicales (Bazin).

La *miseria*, el *desaseo*, los *pesares* y *una vida relajada* tienen la misma accion sobre el desarrollo del ectima. Los *hombres*, que la padecen con mas frecuencia que las mujeres, no tienen probablemente este privilegio, sino porque están sometidos con mas frecuencia que las mujeres á estas perniciosas influencias.

Segun Biett, el otoño y el invierno parecen las *estaciones* mas apropiadas para producir estas afecciones. Despues de ciertas *calenturas eruptivas*, especialmenie las viruelas, se ven con frecuencia erupciones sucesivas de pústulas de ectima que prolongan la convalecencia.

(1) Bazin, *Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face*, 1854.
(2) Alibert, *Monographie des dermatoses*. Paris, 1832.

Hay cierto número de casos que pueden artificialmente dar lugar al ectima; la suciedad, el contacto de ciertas materias procedentes del cuerpo del mismo individuo (meconio, orinas, etc.); ciertas actitudes (el decúbito prolongado), las picaduras de las sanguijuelas; ciertas aplicaciones emplásticas, las fricciones irritantes, por ejemplo, las del aceite de croton, las de tártaro estibiado, el contacto del sulfuro de potasa, ciertas profesiones en las que manejan los obreros sustancias acres é irritantes, los productos metálicos (especieros, cocineros, albañiles, tintoreros, moledores de colores, curtidores, trabajadores en crin, manguiteros, sombrereros, fundidores, mineros, etc.). En fin, la sarna y la tiña tienen con frecuencia como erupcion sintomática el ectima; y segun la observacion de Legendre, la complicacion del ectima cuanto se sustituyan las lociones á las fricciones grasosas en el tratamiento de la sarna.

Sabido es que muchas veces los veterinarios, despues de haber asistido un parto difícil, han visto desarrollarse en sus manos y brazos un variable número de pústulas de ectima (1). Cazenave ha visto tambien producirse á consecuencia de un parto laborioso el desarrollo del ectima en el brazo del comadron, y aunque no se pudo demostrar ninguna escoriacion en los miembros superiores, no tuvo el operador menos de tres horas las manos y los brazos constantemente sucios con los líquidos mas ó menos alterados que salian de los órganos genitales, habiendo tambien algunas contusiones resultantes de diversas resistencias que fué necesario vencer (2). Es un caso raro de ectima artificial.

«Una causa bastante frecuente del ectima, y que es necesario considerar como causa local, es, segun Cazenave la *existencia de otra erupcion* que le viene á complicar sin que en nada influya el tratamiento.

»Sin embargo, es necesario que se reunan ciertas condiciones particulares para determinar la presencia de las pústulas flisáceas que complican á otra enfermedad de la *piel*, y es menester sobre todo que estas hayan sido *poderosamente escitadas*, y principalmente de cierta manera. Así pues, por ejemplo, no es el impétigo el que ordinariamente se complica mas comunmente con el ectima, aunque estas dos erupciones parezcan asemejarse *à priori* por la naturaleza y la forma pustulosa, sino mas bien las enfermedades acompañadas de prurito; y á esta última condicion es á la que yo no titubeo en atribuir la frecuencia del ectima con la sarna. Despues de esta última, las enfermedades papulosas, el prúrigo y líquen son las que mas frecuentemente acompañan á las pústulas del ectima.»

(1) Gurlt y Hertwig, *Magazin für die Gesammte Thier Heilkunde*. Berlin, 1845, página 170.

(2) Cazeaux, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 2.ª série, t. I, página 140, 1854.

Tales son las causas del ectima que, como se ve, obran de dos maneras, ó local ó generalmente debilitando la constitucion.

A las causas que anteceden debe añadirse como causas constitucionales, la sífilis, la escrófula, la artritis y los herpes.

§ III.—Síntomas.

1.° *Ectima agudo.*—El ectima agudo, que se desarrolla habitualmente en los brazos y en las manos, es bastante raro en el tronco.

La erupcion aparece bajo la forma de *puntos rojos* bastante bien circunscritos, y va anunciada por un *dolor* frecuentemente muy vivo y punzante, que está acompañado de una sensacion de *escozor*. En el centro de estas pequeñas placas se eleva bien pronto una pequeña *coleccion de un líquido* ordinariamente *purulento* desde la invasion, y algunas veces seroso-purulento. Esta coleccion purulenta, rodeada de una *areola de color rojo vivo*, constituye lo que se llama una *pústula flisácea*, á causa de su latitud y de su poca prominencia. En efecto, en ciertos puntos, como por ejemplo, en la palma de las manos, apenas aparece levantada la epidermis.

Una vez formada, la pústula permanece intacta durante algunos dias, y algunas veces mas de una semana, lo cual es muy digno de notarse; despues el líquido que contiene se coagula y se convierte en una *costrita* pardusca, poco gruesa y bastante adherente. Si la pústula se rompe antes de la formacion de la costra, se nota una pequeña *cavidad* cuyo fondo es rojo y como *escoriado*. A la caida de la costra el dermis conserva una *señal* violácea que persiste largo tiempo.

La erupcion de las pústulas del ectima es ordinariamente sucesiva y no determina *ningun movimiento febril*. Los síntomas locales, aunque anuncian la inflamacion del dermis, son en efecto demasiado débiles para que, desarrollándose á la vez un corto número de pústulas, pueda producir el menor trastorno general. Algunas veces, sin embargo, las cosas suceden de otro módo, lo que depende de las circunstancias siguientes:

En ciertos casos las pústulas, en medio de su desarrollo, parecen el asiento de un *movimiento fluxionario*, aumentan en extension y en prominencia, y se parecen bastante bien en estos casos á ciertas flictenas del pénfigo.

En algunos casos mas raros, la erupcion es simultánea y va precedida de *síntomas generales*, tales como maleslar, movimiento febril, etc. Entonces las pústulas discretas, mas pequeñas y mas esparcidas en una superficie mas ó menos ancha, siguen juntas las diversas fases de la erupcion. En general esta es dolorosa y va acompañada de una hinchazon como erisipelatosa de las superficies afectadas.

2.° *Ectima crónico.*—Mas frecuente que el ectima agudo, el ectima

crónico tiene por asiento de predileccion los miembros inferiores; sus pústulas, mas raras y algunas veces solo en número de tres ó cuatro, son generalmente menos circunscritas; tambien son mas anchas que la del ectima agudo, *y llegan muchas veces á las dimensiones de una peseta ó mas*. La parte de la *piel* en que está situada la erupcion, apenas está inflamada; la pústula se forma con dificultad, y queda algunas veces flácida y arrugada, perdiendo en prominencia lo que gana en extension. La *areola* que la rodea es un círculo cuyo color varía desde el rojo pálido hasta la tinta pardoviolácea; el *líquido* que contiene ordinariamente, poco espeso y algunas veces negruzco ó sanguinolento, se convierte en una costra las mas veces negruzca, á veces muy adherente, y que deja despues de ella una *escoriacion* saniosa, despues una *señal* que continúa por algun tiempo teniendo un color oscuro, que es una verdadera *cicatriz*.

Esta variedad del ectima, como hace notar Rayer, es la que se encuentra en los niños débiles, mal alimentados ó convalecientes de viruela (*ectima infantil*). En estos casos las pústulas son ordinariamente poco voluminosas.

Cuando el ectima está bajo la dependencia de la sífilis puede constituir un accidente precoz, ó por el contrario, no aparecer sino en un período avanzado de la enfermedad constitucional. En el primer caso (*ectima superficial*, *sifilide pustulosa phlyzaciado pseudo-exantemático*, de Bazin), la erupcion es con frecuencia generalizada, puede ir precedida de fenómenos generales y presentar analogía tan marcada con la viruela que en algunos casos se ha tomado por esta. Se evitará el error teniendo en cuenta los fenómenos de invasion, tan diferentes en uno y otro caso, el estado general del enfermo, el curso y modo de evolucion de las pústulas, los signos suministrados por el aspecto de las costras, rugosas, pardas ó negruzcas, los síntomas concomitantes y las exulceraciones superficiales, ó á lo menos las manchas moradas, lentas en su desaparicion, y que se observan despues de la caida de las costras (Bazin). Cuando el ectima pertenece á un período avanzado de la sífilis (*ectima maligno*, *ulceroso*) altera profundamente la piel, las costras son mas gruesas, verdosas, rugosas, barnizadas, salientes, como engastadas en las ulceraciones cortadas á pico que cubren. Esta úlcera tiende á agrandarse en todos sentidos, es agrisada, desigual, incesantemente bañada de pus muy consistente que por la presion pasa á la superficie de las costras. Mas tarde la secrecion purulenta disminuye, la úlcera se cubre de granulaciones carnosas, se eleva su fondo, los bordes se deprimen y las costras que no reciben mas elementos se desecan, adelgazan y caen. La superficie puesta al descubierto es amoratada, despues parda ó amarillo cobriza. En su parte central aparece un punto liso y blanquecino á cuyo contorno se produce una abundante exfoliacion del epidermis. En fin, queda una cicatriz redondeada, deprimida, blanca mate, y á veces surcada de ligeras arborizaciones vasculares. Aun-

que perteneciente á un período avanzado de la sífilis, el ectima ulceroso puede suceder muy cerca del momento del contagio, y constituye una *sifílide maligna precoz* (1). Esta forma del ectima se distingue del de *naturaleza escrofulosa* (*escrofúlide pustulo-crustáceo ulcerosa*) por el aspecto y color de las costras, la areola cobriza que las rodea, los caractéres de las ulceraciones y las cicatrices blandas que las suceden, etc. (2).

En cuanto al ectima que se desarrolla en los *artríticos* y *herpéticos*, sus síntomas objetivos son tambien insuficientes para conducir al conocimiento de esta naturaleza especial.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

En general el *curso* del ectima agudo está subordinado al desarrollo de las pústulas; es mas rápido cuando la erupcion se acompaña de fenómenos inflamatorios. En el estado crónico la afeccion sigue un curso esencialmente lento, y su *duracion* puede ser de algunos meses á muchos años. El *ectima agudo* tiene ordinariamente una duracion de muchas semanas, sostenido, como lo está, por la aparicion sucesiva de nuevas pústulas. Esto es lo que se verifica cuando ha sido producido por una causa permanente, y cuando acompaña á otra afeccion cutánea.

La curacion es la *terminacion* habitual del ectima.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Rayer ha estudiado la estructura de las pústulas del ectima en sus diversos períodos, y ha reconocido que en el primer estado (*elevaciones rojas*) hay únicamente inyeccion sanguínea con tumefaccion piriforme del dermis; en el segundo grado se deposita en el vértice de estas elevaciones, y mas rara vez en toda su superficie y *bajo la epidermis*, cierta cantidad de serosidad purulenta. En seguida aparece depositada una materia como seudo-membranosa en el centro de la elevacion evidentemente perforada, y cuando elevado el epidermis se extrae esta materia aparece con la forma de un pequeño dedal rodeado de un anillo duro y voluminoso. En fin, en los dias siguientes el rodete se deprime y una especie de cicatriz se forma alrededor de una costra cuyo centro está encajado en el punto en que se habia observado la perforacion (3).

(1) Bazin, *Leçons sur les affect. gén. de la peau*, t. II, p. 287. Véase tambien Dubuc, *Des syphilides malignes précoces*, tésis inaugural. Paris, 1864.
(2) Bazin, *Leçons sur la scrofule*, 2.ª ed., p. 220.
(3) Rayer, *Traité théorique et pratiqué des maladies de la peau*.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—La *rupia*, que hemos descrito en el artículo precedente, es la enfermedad con la que se podria confundir el ectima, y sin duda esto es lo que ha inducido á Plumbe á proponer que se reunan en una sola estas dos afecciones.

Aun reconociendo que se las encuentra en condiciones análogas, y que al principio en ciertos casos raros la lesion elemental parezca ser la misma, se debe convenir en que el ectima se diferencia siempre de la rupia por su estado pustuloso desde el principio del levantamiento de la epidermis.

Tampoco se confundirán las anchas pústulas flisáceas del ectima con las pequeñas pústulas del *impétigo* y las pústulas umbilicales de la *viruela*.

Prónostico.—No se puede mirar el ectima como una afeccion grave por sí misma. En el estado agudo es una enfermedad ligera, pero en el estado crónico indica un estado de debilidad y de deterioro de la economía, que nada añade de por sí á la gravedad del mal.

§ VII.—Tratamiento.

1.° En el *ectima agudo*, cuando la erupcion no consiste sino en un corto número de pústulas, los autores aconsejan atenerse al uso de los *diluentes*, de los *baños frescos*, de los *baños de agua de salvado*, y á prescribir un régimen suave y la quietud.

Si por el contrario, en un sugeto robusto la *erupcion* está acompañada *de fiebre*, si las superficies en que se desarrolla están dolorosas ó muy inflamadas, se hacen con ventaja algunas *emisiones sanguíneas*, y se repiten mas ó menos los baños frescos. Hácia el fin de la afeccion se agregan á estos medios algunos *purgantes suaves*.

En cuanto al *ectima crónico*, el médico debe seguir una conducta del todo diferente, y el estado general bajo cuya influencia se ha desarrollado la afeccion pustulosa debe fijar particularmente su atencion. Así es como en los sugetos cuya constitucion se halla debilitada, se prescribe un *régimen* tónico y fortificante, el uso de los *amargos* y *ferruginosos* y algunos *baños gelatinosos* ó *alcalinos*. El enfermo debe estar sometido á todas las condiciones de una higiene bien entendida.

En los *niños de pecho* es necesario vigilar la cualidad de la *leche* que se les da, pues algunas veces ha bastado un *cambio de nodriza* para obtener las mas ventajosas modificaciones en el estado del enfermo.

En general, dice Cazenave, la erupcion por sí misma no reclama el uso de *ningun tópico*; pero hay, sin embargo, algunos casos en los que las escoriaciones de mala naturaleza, que pertenecen á ciertas

formas del ectima, reclaman la aplicacion de ciertas pomadas astringentes, y aun algunas cauterizaciones ligeras con el *nitrato de plata* ó un *ácido* diluido.

Las *úlceras* que siguen á la caida de las costras, y que en ciertos ancianos tardan bastante en cicatrizarse, se excitarán favorablemente, segun Rayer, por lociones con *cocimientos aromáticos*, ó una solucion de *cloruro de cal*, ó espolvoreándolas con *crémor de tártaro*.

Este tratamiento, bien sencillo, no exige otros detalles.

Añadiremos solamente que en los casos en que el ectima parece referirse á la escrófula, la sífilis, la artritis á las herpes, deberá unirse al tratamiento local un plan general en relacion con la naturaleza de la enfermedad.

ARTÍCULO V.

FORÚNCULO.

§ I.—Definicion.

Puede definirse el forúnculo por la forma gangrenosa de la inflamacion de los folículos de la piel, del que el acné y el ectima son las formas plástica y supuratoria.

Está caracterizado por un pequeño tumor, cónico, duro, doloroso, que va acompañado de rubor y tension de los tegumentos, cuya abertura va seguida de la expulsion de una masa agrisada llamada *ventrículo* ó *raiz*.

El forúnculo es una de las afecciones cutáneas mas frecuentes.

§ II.—Causas.

Numerosas causas parecen favorecer el desarrollo del forúnculo, y siguiendo á Bazin, las dividiremos en dos grupos.

Causas externas.—La suciedad, el uso de pomadas irritantes, los ungüentos, emplastos, baños alcalinos y sulfurosos, etc. (*F. artificial*); la existencia de la sarna y de la tiña, y de la tiña tonsurante en particular (*F. parasitario*); la mala alimentacion, el uso ó abuso de preparaciones alcalinas, arsenicales ó ioduradas, etc. (*F. patogenético*). Conviene añadir que el forúnculo se presenta á veces bajo la forma epidémica, cuyas descripciones mas curiosas pertenecen á Laycock (1), Hamilton Kinglake (2), Tholozan (3) y á Hunt (4). En la mayoría de estas epidemias, en las que una se desarrolló consecuti-

(1) Th. Laycok, *Union médicale*, 1851, p. 196.
(2) Hamilton Kinglake, *The Edinburgh monthly Journal*, 1852, vol. XV, p. 18.
(3) Tholozan, *Gazette médicale*, 1853, p.3.
(4) Hunt, *The Lancet*, 1852, p. 149.

vamente á una epidemia de escarlatina maligna, los forúnculos, segun observa Follin (1), coexistieron con otras afecciones inflamatorias del tejido celular. En cuanto á los forúnculos que se observan en la espalda de los soldados de infantería, y en el cuello á la nuca de los quintos ó en las nalgas de algunos ginetes, si pueden atribuirse á la accion mecánica prolongada producida por la mochila, el corbatin ó el frote repetido de la silla; el desarrollo de los forúnculos en los brazos y tórax de los mismos individuos no puede explicarse del mismo modo y Levillain (2) supone que la erupcion puede reconocer por causa el depósito sobre la piel del polvo que se desprende al cuidar los caballos, mezclándose con el sudor de los que los limpian (otra forma del forúnculo artificial); sin embargo, Gaudaire (3) combate este modo de ver haciendo observar que los oficiales, alumnos de Saumur, que no cuidan los caballos contraen forúnculos como los asistentes.

Causas internas.—Independientemente de las causas externas ó exteriores que suelen ser como en los casos de Gaudaire, insuficientes para explicar la aparicion de los forúnculos, pueden aparecer despues de ciertas fiebres eruptivas, como el sarampion, la viruela, etc. (*F. crítico*); son tambien frecuentes en los diabéticos (*F. sintomático de una diabetes*); en fin, segun Bazin, pueden reclamar su puesto en el órden de evolucion del herpes y de la artritis (4).

§ III.—Síntomas.

No hay casi nunca signos prodrómicos de la aparicion del forúnculo; en casos raros tratándose de erupcion muy multiplicada se han observado fenómenos precursores especialmente de parte de las vias digestivas (5).

El forúnculo aparece bajo la forma de un pequeño tumor cutáneo, duro y caliente, de forma cónica, cuya base está situada debajo de la piel, y su vértice apenas se eleva por encima, siendo el dermis el que mas resiste. El color rojo es intenso ó amoratado, el dolor se ha asemejado al que produciria un punzon penetrado en las carnes, ya modifica, segun la sensibilidad del enfermo y el sitio del forúnculo, hecho ya observado por Royer cuando dijo que el forúnculo de la pared abdominal es el mas doloroso. Antes del octavo dia el vértice del cono se eleva en punta, se reblandece y ulcera, dando salida á un humor sero-sanguinolento, y la extremidad del paquete queda al descubierto. Este cuerpo agrisado, impregnado de pus, se expulsa por lo general del décimo al duodécimo dia. La primera perforacion de la

(1) Follin, *Traité de pathologie externe*, t. II, 1.ª par., p. 24. Paris, 1863.
(2) Levillain, *Du furoncle*, tésis de Paris, 1828, n.º 38.
(3) Gaudaire, *Du furoncle*, tésis de Paris, 1854, n.º 253.
(4) Bazin, *Leçons sur les affect. génér. de la peau*, Paris, 1865, t. II, p. 318.
(5) Follin, *loc. cit.*, p. 25.

piel deja una pequeña abertura que se parece á la practicada por un estilete muy fino, mientras que despues de la expulsion del paquete celular el tumor parece ahuecado por una cavidad cilíndrica abierta al exterior. Entonces cesa el dolor, la piel se contrae y la cavidad se borra, y la curacion deja una pequeña hendidura y en el fondo una cicatriz irregular que adquiere pronto la coloracion de la piel. Vidal (de Cassis) ha visto forúnculos que en vez de tener un vértice apuntado se presentan terminando en una ancha vesícula llena de serosidad turbia (1).

El sitio de los forúnculos está en relacion con su causa; pero se observan especialmente sobre los puntos en que la piel es dura y espesa, las nalgas, los muslos, la espalda, las axilas; la nuca y las paredes del abdómen. Rara vez solitarios, se suelen presentar muchas á la par ó á lo menos se suceden seguidamente. A veces, dice Rayer (2), su número es tan considerable que apenas tienen los enfermos punto sobre que poder apoyar su cuerpo. Su tamaño varía, siendo rara vez mayor que un huevo de paloma. Rayer ha observado que su volúmen es mayor cuando son solutorios, pudiendo alcanzar el de un huevo de gallina. Vidal (de Cassis) cree que este caso es un *antrax* ó *reunion de forúnculos* (*guêpier* de Alibert) y no un simple clavo; esta forma corresponde á lo que se ha llamado *forúnculo antracoides*. Cuando los clavos son multiplicados hay siempre uno mas voluminoso que los demás.

La presencia de los forúnculos puede ocasionar el infarto de los gánglios inmediatos; esto es lo que se observa en el cuello, la axila y la íngle; tambien pueden dificultar funciones importantes; así un forúnculo voluminoso desarrollado entre el ano y el escroto ha hecho difícil y dolorosa la emision de la orina (Marjolin).

§ IV.—Terminaciones y complicaciones.

Hemos indicado ya la terminacion mas frecuente del forúnculo; la *supuracion*; sin embargo, puede faltar esta y el pequeño tumor marchitarse gradualmente por una especie de absorcion lenta de los elementos que le constituyen; pero queda por mucho tiempo un núcleo indurado á cuyo nivel la piel conserva una coloracion rojiza ó morada (Bazin, Follin, etc.). En otros casos Alibert ha visto forúnculos, que creia disipados, aparecer, haciendo la inflamacion manifestarse todos los fenómenos.

Puede terminar produciendo la gangrena, que se extiende á la piel inmediata.

Bajo el punto de vista de las complicaciones que pueden tomar orígen del mismo forúnculo, citaremos los enormes tumores que si-

(1) Vidal (de Cassis), *Traite de pathologie externe et de méd. opérat.*, 5.ª ed., Paris, 1861, t. I, p. 536.
(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 44.

tuados en la parte anterior ó laterales del cuello pueden producir dificultad en la respiracion y en la deglucion (Follin).

Otra complicacion de otro órden y de grande importancia, es la flebitis purulenta que con frecuencia se observa en el antrax (1), y que segun algunos casos recientemente publicados, se manifiesta á consecuencia de los forúnculos de la cara (2). La enfermedad toma en estos casos un carácter terrible, y puede seguirse en medio de fenómenos generales muy graves, la propagacion de la flebitis á través de la órbita. En la autopsia se han encontrado indicios de una flebitis facial que habia tomado orígen en el foco de un forúnculo, y que se extendió por la vena oftálmica al cráneo, al seno cavernoso y otras.

§ V.—Anatomía patológica.

La lesion característica del forúnculo es la *raiz*, en cuyo contorno se produce una supuracion eliminatoria mas ó menos abundante. Sobre él han expuesto los autores diversas opiniones; mientras que la mayor parte de los cirujanos, con Dupuytren, le consideran como una escara celulosa, resultado de la extrangulacion inflamatoria de uno ó muchos paquetes celulo-adiposos contenidos en las areolas del dermis que no se deja distender; Gendrin (3) considera este cuerpo blanquecino como presentando la misma composicion de las falsas membranas, y Nélaton (4) sostiene que es el producto de una secrecion seudo-membranosa, análoga á las falsas membranas que se desarrollan sobre las serosas inflamadas: «Este producto es primitivamente muy adherente al tejido celular denso y rojo que le rodea; pero se derrama en su contorno un flúido, primero albuminoso y despues verdadero pus; se hace menos adherente, se desprende y aisla flotando como cuerpo extraño en la pequeña coleccion que forma, hasta que se abre su salida eliminándose por ella.» Follin ha encontrado en la raíz, además de los exudados plásticos ó purulentos, fibras celulosas bien distintas. El exudado fibroso que constituye la mayor parte de la raíz expulsa con esta una cantidad mas ó menos considerable de fibras celulosas, todo lo que contribuye á formar el producto en cuestion (5). Añadiremos que para Verneuil «el forúnculo solo alcanza consecutivamente al tejido celular subcutáneo, puesto que está si-

(1) Véase Follin, *Traité de pathologie externe*. Paris, 1863, t. II, 1.ª parte, artículo ANTHRAX, p. 31 y siguientes.—Véase tambien P. Broca, *Phlébite du pressoir d'Hérophile et des sinus latéraux, provoquée par un anthrax de la nuque (Bulletin de la Société impériale de chirurgie*, seccion 27, Setiembre 1865).

(2) Ch. Trüde, *Hosp. Tidende*, 48, 1859; 10, 1860, (caso de muerte rápida por forúnculos de la cara).

(3) Gendrin, citado por Vidal (de Cassis), *loc. cit.*, p. 536.

(4) Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 380.

(5) Follin, *Traité de pathologie externe*, t. II, 1.ª parte, p. 29.

tuado en un folículo piloso ó sebáceo, y de ningun modo en las cavidades areolares profundas del dérmis (1).»

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Se evitará la confusion del *forúnculo* con la *pústula maligna*, recordando que esta comienza por una vesícula que se forma sobre una escara agrisada situada sobre un núcleo de induracion, y explorando con cuidado el círculo vesiculoso de la pústula maligna que no se encuentra nunca en el forúnculo (Follin).

La invasion de la *sicosis*, su curso lento, su indolencia relativa, las pápulo-pústulas que se desarrollan en la base de los pelos, alterados mas ó menos (2), no pueden dar lugar á duda (Bazin).

El *abceso dérmico* se distingue tambien del forúnculo por su marcha lenta, por su evolucion, su indolencia casi completa; en fin, y sobre todo por la ausencia de la *raíz* y por los caractéres objetivos del tumor, que es redondeado, poco inflamado, por lo comun blando y fluctuante (3).

El pronóstico del forúnculo no inspira generalmente ningun temor; hemos visto que se presenta con frecuencia como fenómeno crítico al fin de algunas enfermedades graves, y solo cuando se presenta con alguna frecuencia en los ancianos y en los sugetos muy debilitados adquiere alguna importancia. El pronóstico del forúnculo puede presentar cierta gravedad, ya por su sitio en la inmediacion de ciertos órganos importantes, ya por las complicaciones anteriormente expuestas.

§ VII.—Tratamiento.

1.° Se aconsejan muchos medios para *hacer abortar* el forúnculo; se puede con este objeto: practicar la *incision* del pequeño tumor; otros aconsejan además *cauterizar con nitrato de plata* la superficie forunculosa, mientras que otros opinan limitarse solo á la incision. Vidal (de Cassis), que tiene esta opinion, cree que solo debe incindirse cuando el dolor es muy intenso y el forúnculo muy voluminoso. Se han aconsejado como medios abortivos la aplicacion local de la tintura de iodo, el uso de compresas empapadas en alcohol rectificado de 40 grados, el empleo de una mezcla refrigerante de hielo y sal comun (Hébra). En cuanto á la aplicacion de una ó muchas sanguijuelas sobre el tumor ó en su inmediacion, da resultado rara vez, y si alguna le produce es al principio del mal; así es que generalmente se ha abandonado (Bazin).

(1) A. Verneuil, *De l'hydrosadénite phlegmoneuse (Arch. gén. de méd.*, 1864, tomo II, y 1865, t. I).
(2) Véase anteriormente la descripcion del *sicosis*.
(3) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. II, p. 311.

2.° Cuando los forúnculos recidivan y se suceden con pertinacia notable, se deben tomar primero en consideracion las *condiciones higiénicas* en que se encuentra el enfermo, y *modificarlas* segun las circunstancias. Esta útil precaucion, que será favorable, encuentra un auxiliar muy ventajoso en algunos *purgantes ligeros*. Vidal (de Cassis) recomienda en semejante caso recurrir á los *emeto-catárticos*, é indica la *ipecacuana* y las *píldoras de Belloste* como apropiadas para llenar esta indicacion. Rayer (1) cita el *ácido sulfúrico* dado á altas dósis por Fosbzoke, que recomienda administrarle *convenientemente diluido en agua*, como medio muy eficaz para prevenir el dolor y nuevas erupciones.

Varían las opiniones respecto á la oportunidad del empleo de los purgantes, y Schwich (2) en particular, les acusa la produccion de forúnculos. Preconiza el *licor de Fowler*, que administra á dósis progresivas de cuatro á seis gotas al dia hasta nueve gotas. Mosse (3) aconseja el empleo de la *levadura de cerveza* diluida en agua y tomada á la dósis de tres cucharadas al dia.

En los casos en que los forúnculos parecen ser una *manifestacion herpética*, aconseja Bazin «recurrir especialmente al *arsénico*, pero empleándole con gran cuidado, pues no es raro ver forúnculos y antrax numerosos y agrupados en los herpéticos que han avanzado de las preparaciones arsenicales. Las *preparaciones alcalinas*, *intus y extra*, el agua de Vichy en las comidas, una alimentacion suave compuesta sobre todo de carnes blancas y legumbres herbáceas; el uso frecuente y repetido de *ligeros minorativos*, se emplearán contra el forúnculo de naturaleza *artrítica*» (4).

3.° El tratamiento local deberá ser sobre todo antiflogístico. Los baños generales, las cataplasmas de harina de linaza rociadas de láudano; los fomentos emolientes y narcóticos; las cebollas de azucena asadas sobre el rescoldo y unidas á las acederas, remedio antes muy vulgar, bastan con frecuencia para hacer calmar el dolor que precede á la expulsion de la raíz. En los casos que languidece la maduracion completa del tumor retrasándose la supuracion, se favorecerá por la aplicacion de un parche de diaquilon, ó añadiendo á las cataplasmas el *ungüento de lamer*. Una vez verificada la abertura, es menester provocar la salida del contenido del tumor mediante una presion metódica cuando se haga lenta su expulsion. La incision, cuyo valor abortivo hemos indicado, viene de nuevo á estar indicado, y muchos enfermos que presentan forúnculos voluminosos con intensos dolores, son los primeros en demandarla. Sin embargo, mientras que Dupuytren (5), admitiendo la extrangulacion de los tejidos, aconseja

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 267.
(2) Schweich, citado por Gaudaire, *loc. cit.*
(3) Mosse, *The Lancet*, 1852, t. II, p. 113.
(4) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. II, p. 319.
(5) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV.

una ámplia incision crucial, citando un ejemplo en que despues de esto desaparecieron todos los accidentes. Nélaton se pronuncia contra esta práctica, y admite que en la mayoría de los casos el desbridamiento prolonga los accidentes lejos de provocar la resolucion. Sin embargo, si como creen muchos cirujanos la incision no produce la curacion de los forúnculos, es menester á lo menos reconocer con Follin que esta pequeña operacion hace cesar la tumefaccion dolorosa de las partes con la condicion de comprender bien todo el espesor del forúnculo. «Es menester incindir los forúnculos que presentan vivos dolores, mientras que para los demás bastan los tópicos emolientes (1).»

CAPÍTULO IV.

AFECCIONES FLICTENOSAS.

Las afecciones flictenosas están caracterizadas por vastos desprendimientos de la epidermis, y por la acumulacion entre esta membrana y el dermis de una serosidad trasparente, ó bien de un líquido seroso-sanguinolento ó seroso-purulento.

ARTÍCULO PRIMERO.

PÉNFIGO.

En estos últimos años se ha enriquecido la historia del *pénfigo* con algunos conocimientos nuevos é interesantes. Willan y Batemann, y despues de ellos J. Plumbe (2), habian descrito bajo el nombre de *pompholis diutinus* el pénfigo crónico, negando su existencia en el estado agudo, aunque Gilibert (3) hubiese presentado un gran número de hechos bien observados; pero Biett admite con Gilibert la existencia del pénfigo agudo, y los trabajos de Cazenave, confirmando las ideas de Biett, han añadido nuevos datos para la historia de esta afeccion. Describiremos, pues, con los autores modernos Biett, Rayer, Cazenave, etc. el pénfigo agudo y el pénfigo crónico, y mencionaremos aparte el *pénfigo de los recien nacidos*, que merece una descripcion especial.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Definiremos el pénfigo, segun Bazin, por una afeccion caracterizada en su período de estado por flictenas de variable extension, ge-

(1) Follin, *Traité de pathologie externe*, t. II, 1.ª parte, p. 31.
(2) Plumbe, *A practical Treatise on Diseases of the Skin*. Lóndres, 1824.
(3) Gilibert, *Monogr. du pemphigus*. Paris, 1813.

neralmente muy voluminosas, distendidas por un líquido seroso, y mas tarde por la formacion de costras foliáceas que dejan al caerse escoriaciones superficiales ó simples manchas no seguidas de cicatriz.

Los autores han descrito el pénfigo bajo diferentes denominaciones, segun el carácter que mas les ha llamado la atencion; así es que le encontramos designado con los nombres de *morbus phlyctenoides*, *hydroa-exanthema bullosum*, *pemphigus major morbus epidemicus* de Praga, *pemphigus helveticus*, *febris bullosa*, *pompholix*, etc. Alibert le habia descrito con el nombre de *pemphix* en las *dermatoses eczematosas*.

Es difícil fijar cuál es el grado de *frecuencia* del pénfigo; mas en la actualidad, que se le conoce mejor bajo sus diferentes formas, se puede decir que esta enfermedad es bastante comun.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—La *edad* no tiene al paracer una influencia muy notable en el desarrollo del pénfigo; solamente en ciertas épocas de la vida se encuentra mas frecuentemente esta enfermedad en el estado agudo que en el estado crónico. El pénfigo agudo ataca con preferencia á la juventud y á la edad adulta: el pénfigo crónico es el que domina en los ancianos. El *sexo* masculino parece predisponer mas particularmente al pénfigo. La misma influencia se atribuye á la *miseria*, á las vigilias prolongadas y al *habitar en lugares bajos y húmedos*.

Su definicion, que hemos adoptado, nos permite reconocer en la afeccion genérica *pénfigo* dos órdenes de causas.

Causas externas.—1.° Aplicacion directa de un agente irritante á la superficie de la piel (cantáridas, amoniaco, agua hirviendo, etc.; la mordedura de algunas culebras venenosas y sobre todo la víbora); 2.° absorcion de ciertas sustancias alimenticias ó medicinales, (malos alimentos, queso, aguardiente de trigo, arsenicales, etc.)

Causas internas.—El pénfigo puede aparecer como erupcion seudoexantemática en otros casos, y es sintomática de una afeccion febril. En fin, constituye una de las manifestaciones cutáneas de cuatro enfermedades constitucionales: las herpes, la artritis, la sífilis y la lepra.

Los experimentos de Gaitskell y Husson, que han inoculado el humor seroso de las flictenas, y los de Rayer, que se ha servido de la serosidad y del pus tomado en una anciana afectada de pénfigo, han demostrado el carácter no contagioso del pénfigo.

§ III.—Síntomas.

1.° *Pénfigo agudo.*—*Prodromos.*—Un malestar general y laxitud,

escalofrios, sed, náuseas, cefalalgia con desarrollo y frecuencia de pulso y comezon en la piel, tales son los *prodromos* del pénfigo agudo, variables en su intensidad, y que persisten durante dos ó tres dias antes de la aparicion de la erupcion flictenosa, que se puede presentar en todos los puntos de la superficie cutánea.

Síntomas.—En un principio se ven aparecer en la piel *pequeñas manchas circulares* de color de rosa vivo, que se ensanchan poco á poco; sobre estas manchas, y ordinariamente en su centro, no se tarda en descubrir un color opalino, que es la epidermis que empieza á dejarse levantar por un líquido seroso, formando la flictena ó ampolla. Algunas veces es tan rápido el desarrollo, y la ampolla cubre tan pronto toda la mancha, que se ha podido creer que no habia sido precedida de la rubicundez eritematosa.

Ordinariamente aparece la ampolla en el centro, y los bordes de la mancha roja la rodean con una *areola* inflamada. Algunas manchas parece continúan rojas, pero sin prestarse al desarrollo flictenoso; mas si se pasa el dedo sobre su superficie, se nota una elevacion perceptible, y si se frota un poco, no se tarda en quitar la epidermis, que está levantada por una pequeña coleccion de serosidad. Por lo demás, la estension del levantamiento flictenoso no está absolutamente en razon directa de la mancha que le precede; una mancha relativamente bastante pequeña puede cubrirse de las mas gruesas flictenas, y recíprocamente. El tiempo que separa estos dos estados es algunas veces imposible de fijar, y con frecuencia es solo de algunas horas.

Las *flictenas*, cuyo volúmen varía desde el de un guisante hasta el de una avellana, y aun el de una almendra, cuando la erupcion es confluente, forman algunas veces, confundiéndose, grandes *ampollas* que igualan al volúmen de un huevo de gansa. En los intervalos que dejan las flictenas la piel se encuentra sana.

Hácia el cuarto dia las flictenas han adquirido todo su desarrollo: hasta entonces resistentes y de una trasparencia opalina, se arrugan en seguida y se aplanan el *líquido* que contienen *se enturbia* y se pone amarillento; no distiende ya completamente la flictena y se precipita hácia su parte mas declive.

La flictena marchita se rompe bien pronto, el líquido se derrama y quedan á descubierto *escoriaciones* mas ó menos extensas. Estas no tardan en cubrirse de pequeñas *costras* delgadas y negruzcas, que se caen con bastante rapidez. Algunas veces, cuando ya se ha evacuado completamente el líquido, la epidermis se deseca en *hojas* muy ténues y blanquecinas. Mas rara vez no se rompe la ampolla, el líquido es reabsorbido, la flictena se aplana y desaparece, dejando una desecacion laminosa.

Por último, la rubicundez desaparece por sí misma poco á poco, y no queda ya de la erupcion sino una *señal de color rojo moreno* que puede durar mucho tiempo.

El pénfigo agudo afecta algunas veces en su desarrollo una forma que Cazenave ha señalado con el nombre de *pénfigo agudo sucesivo;* este es una sucesion de erupciones flictenosas, que tiene cada una sus prodromos distintos. «En estos casos, dice Cazenave, se ven desarrollarse tan pronto en un punto como en otro flictenas que individualmente siguen su curso como otras tantas enfermedades separadas: cada erupcion de pénfigo, si me es permitido decirlo así, está precedida de un pequeño movimiento febril, y el enfermo tiene algunos escalofrios por la tarde. Esta forma es la que yo llamo *pénfigo agudo sucesivo*, y presenta de particular que se puede ver el pénfigo en todos los estados, esto es, manchas, flictenas, escoriaciones y costras, y presenta á la vez todos los elementos que pertenecen al período de incremento, de decremento y de erupcion. Ordinariamente existen varias flictenas á la vez, y entonces las erupciones se hacen tan pronto en un punto como en otro; pero puede acontecer que la enfermedad esté constituida por una sola flictena, que recorriendo todas sus fases en un punto único, se suceda, por decirlo así, á sí misma, y constituya lo que Willan llamaba el *pompholix solitarius*.»

1.° *Pénfigo sintomático ó febril.*—Se observa en el curso de las fiebres graves, adinámicas ó atáxicas, en la disentería, la neumonía, el reumatismo, las fiebres intermitentes; se la ha visto sobrevenir despues de la supresion repentina del sarampion, y seguir de cerca al exantema escarlatinoso. Si en general el pénfigo sintomático denota una alteracion profunda de las fuerzas de la economía, en algunos casos, por el contrario, ha parecido coincidir su aparicion con una notable disminucion de los síntomas, y aun favorecer su resolucion (Bazin).

2.° *Pénfigo artrítico.*—En el pénfigo las ampollas se desarrollan sobre todo en la cara, los miembros, la espalda y las partes sexuales. Se presentan muchas sobre manchas rojas oscuras y como erisipelatosas; son desiguales y ofrecen contornos irregulares. Cuando se marchitan despues del sexto dia, se reemplazan por pequeñas costras foliáceas pardas, aplicadas sobre el dermis, cuyo color rojizo se ha hecho menos intenso (Bazin). Esta afeccion se presenta generalmente en el sexo masculino, en los individuos de temperamento sanguíneo. El frio húmedo, las variaciones de temperatura, la supresion de la traspiracion, son sus causas habituales.

3.° *Pénfigo herpético.*—Ocupa grande superficie y puede generalizarse desde su aparicion. Las flictenas son voluminosas, redondeadas, bien circunscritas, aisladas la mayor parte, llenas de serosidad cetrina, rodeadas de una ligera areola rosada. Esta erupcion se presenta en los sugetos irritables especialmente, bajo la influencia de supresiones morales vivas, y van acompañadas de un prurito á veces muy intenso (Bazin).

4.° *Pénfigo leproso, leproide flictenoso* (Bazin).—Esta erupcion,

muy bien descrita por Daniellsen y Bœck (1), pertenece á la lepra anestésica como síntoma inicial. Se observa sobre todo en las extremidades (palma de las manos, planta de los piés) y en la inmediacion de las articulaciones. Con frecuencia solo existe una sola flictena, y en todos casos nunca son muy numerosas. Estos elementos de erupcion aparecen de un modo consecutivo y se presentan de pronto sin ir precedidas de ninguna sensacion local. Su volúmen es variable, y están llenas de un líquido viscoso, con amarillo verdoso. Su duracion es muy efímera y dejan al romperse una superficie ulcerada, roja y superficial, que continúa segregando un humor viscoso que se concreta en forma de costras pardas. Despues de un tiempo, que puede ser de muchos meses, las úlceras son remplazadas por cicatrices de un blanco brillante, un poco deprimidas y mas ó menos insensibles (2).

5.° *Pénfigo sifilítico de los adultos.*—Negado de un modo quizá demasiado exclusivo por la mayoría de los autores modernos, la forma flictenosa penfigoide puede manifestar en la piel la sífilis adquirida, como la sífilis hereditaria (3). Aunque su historia necesita aun de nuevos hechos, los caractéres propios para reconocerla no difieren sensiblemente de los del pénfigo congénito.

II. *Pénfigo crónico.*—Esta enfermedad, que solo han admitido y descrito los patólogos ingleses, se presenta las mas veces en el *estado sucesivo.*

Rara vez precedida de síntomas generales aparece bajo la forma de *grandes flictenas*, casi todas del tamaño de una nuez, y muchas veces de un huevo de gallina. Estas flictenas, que llegan rápidamente al máximum de su desarrollo, son blandas y poco resistentes; la *serosidad* que contienen es las mas veces cetrina, y algunas veces sanguinolenta desde el principio; al cabo de siete ú ocho horas se rompen y dejan á descubierto *superficies escoriadas*, que bien pronto no están ya protegidas por la película que formaba la cubierta de la flictena, viniendo esta á arrugarse y á arrollarse.

Entonces se ven formarse *costras* delgadas cuyo aspecto moreno recuerda la naturaleza sanguinolenta del líquido flictenoso. Pero no tarda mucho en verificarse una nueva erupcion, que afecta la misma mancha y ofrece los mismos fenómenos; despues sigue una tercera, y así sucesivamente de una manera algunas veces indefinida.

«No es raro ver, dice Cazenave, que esta forma pertenece al *pompholix solitarius*, y en este caso aparece particularmente en los miembros, y ataca de preferencia á los ancianos.»

El pénfigo crónico sucesivo se halla algunas veces constituido

(1) Daniellsen, y W. Bœck, *Traité de la Spedalsked*, trad. del noruego por A. Colson (de Nogaret). Paris, 1848, en 8.°, con atlas en fólio de 24 láminas color.

(2) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. II, p. 253 y 259, y *Leçons sur les affections cutanées artificielles, la lèpre, etc.* Paris, 1862.

(3) Véase mas adelante la *Historia del pénfigo sifilítico de los recien nacidos.*

por una série indefinida de verdaderos *accesos* agudos, de intensidad variable, que se repiten con intervalos que presentan una especie de regularidad. Ordinariamente en estos accesos aparecen las flictenas en los mismos puntos, sucediéndose así en su sitio de eleccion. Son pequeñas, resistentes y rodeadas de una areola inflamada; al principio la serosidad que contienen no es trasparente, y bien pronto se asemeja á un *líquido purulento*; así, pues, las costras que se forman despues de rasgarse, son mas gruesas que de ordinario. Cuando los accesos son mas intensos, se ven aparecer enormes vejigas irregulares, como el resultado de la reunion de muchas ampollas, y la duracion de cada acceso es de diez á quince dias. Algo de fiebre y extremecimiento, tales son los únicos fenómenos generales que acompañan á estos accesos.

Al pénfigo crónico sucesivo puede seguir la *forma permanente y continua*. En este caso las flictenas se renuevan tan frecuentemente, que no hay ya intervalo entre las diferentes erupciones. Estas se extienden y pueden tomar un carácter de generalidad grave. «Las flictenas, observa Cazenave, se hacen confluentes, y llega un momento en que esta confluencia es tal, que parece que las flictenas no pueden ya recorrer sus fases de incremento, pues apenas formadas, se rasgan y se cubren así anchas superficies de estas pequeñas costras laminosas, perfectamente semejantes á porciones de un pastel hojaldrado; adherentes á la piel por un punto limitado, flotan y presentan entonces un aspecto foliáceo tan notable que se ha creido debia hacerse de este carácter una forma particular del pénfigo: este es el *pénfigo crónico foliáceo.* Habiendo llegado á este punto, la enfermedad toma un aspecto verdaderamente terrible; los párpados, alterados por erupciones sucesivas, se hinchan en su borde libre, pueden volverse hácia fuera y perder la posibilidad de moverse. En estos casos el ojo adquiere una sensibilidad extraordinaria, la conjuntiva palpebral y ocular es el asiento de una inyeccion vascular marcada, y las lágrimas, fluyendo con abundancia, mantienen en los puntos escoriados un foco pertinaz de irritacion. La piel macerada exhala un olor fastidioso y nauseabundo, que frecuentemente incomoda al mismo enfermo; la afeccion se complica con hidropesía y diarrea, y conduce necesariamente á un fin fatal.»

Hardy ha descrito detalladamente el pénfigo foliáceo, que considera como suceptible de poder revestir desde el principio la apariencia que le designa (1); Bazin cree, por el contrario, que se trata solamente de un *pitiriasis rubra oguda generalizada* (2).

Indicaremos tambien la *forma compuesta del pénfigo* descrita por Devergie, con el nombre de *herpes penfigoides*, del que ha observado

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau.* 2.ª parte, p. 134 y 135. Paris, 1863.

(2) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. II, p. 232, Paris, 1865.

un caso notable con J. F. Larcher (1): «Existian una série de porciones de círculo sobre las que aparecian flictenas de diversos tamaños; en el centro estos círculos parecian curarse para ser reemplazados en la circunferencia por una rubicundez bastante intensa, sobre la que aparecen nuevas flictenas, de modo que incesantemente la enfermedad gana en superficie, dejando en el centro rubicundeces que se cubren de anchas costras esparcidas sobre la superficie. La exudacion producida en las costras es serosa primero y despues lactescente y casi purulenta.»

Indicaremos una variedad designada con el nombre de *pénfigo pruriginoso*, que consiste en algunas pápulas de prúrigo, que se unen á la erupcion flictenosa y determinan comezones mas ó menos fuertes (2).

Recordaremos una vez mas la inmensa diferencia que existe bajo el punto de vista del pronóstico entre el pénfigo agudo y el crónico, y para manifestarla de un modo mas marcado es por lo que Bazin ha dado á este último el nombre de *pompholix* como sinónimo. Segun él, esta enfermedad cutánea es sintomática de dos enfermedades constitucionales, el herpes y la artritis. Mientras que los pompholix herpéticos se observan generalmente en las mujeres y los viejos, en los sugetos demacrados y debilitados, bajo la influencia de emociones morales, la erupcion artrítica ataca los sugetos fuertes, llenos de vida, de temperamento sanguíneo. Se encuentran en los fenómenos concomitantes y en los antecedentes datos para formular el diagnóstico. Añadiremos que la exfoliacion que sucede á las flictenas del pénfigo herpético, espina foliácea como epidérmica, y á veces análoga á las costras del eczema crónico. *(P. foliáceo).* Este tambien seria lugar de recordar una forma particular del pénfigo á la que Devergie (3) dió el nombre de *pénfigo labialis*, forma rara, que en uno de los dos casos observados se manifestó muy rebelde.

III. *Pénfigo de los recien nacidos.*—Se ha discutido mucho sobre la naturaleza del pénfigo de los recien nacidos: 1.°, para unos esta erupcion es verdaderamente especial, que su época de aparicion en los primeros tiempos de la vida (Valleix (4), Gibert, Cazeaux) (5), es solamente la manifestacion de una caquexia particular sobrevenida en el feto bajo la influencia de la sífilis de la madre (Kraüss (6), Trousseau y Lasegue (7), Cullerier (8), etc.); 2.°, para otros es el in-

(1) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 195 y 196. Paris, 1863.
(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2.ª parte. Paris, 1863. p. 135.
(3) Devergie, *Union médicale*, 30 Marzo, 1847.
(4) *Clinique des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 676.
(5) Cazeaux, *Bulletin de l'Acad. de médecine*. Paris, 1851, p. 920 y siguientes, tomo XVI.
(6) Kraüss, *De pemphigo neo-natorum*, tésis de Bonn, 1834.
(7) Trousseau y Lasègue, *Archives générales de médecine*, 1847.
(8) Cullerier, *Bulletin cité de l'Acad. de méd.*, y *Précis iconogr. des maladies vénériennes*. Paris, 1861-1865.

dicio casi cierto de la sífilis congénita (Dugés (1), Paul Dubois (2), Depaul (3), Lebert, Huguier, Danyau, Devergie, Cazenave, Vidal (de Cassis) Maisonneuve y Montanier, Emilio Vidal (4), etc.); 3.°, en fin, el péntigo es para otros solo una sífilis hereditaria, ó el resultado de una caquexia (A. Gubler, Lagneau, E. Gintrac (de Burdeos), Bazin (5), etc.). Esta última opinion es la que parece prevalecer hoy, y es á la que la práctica da con frecuencia la razon, y á ella se adhieren Ollivier y Ranvier en un reciente trabajo que ha recibido la sancion de la Academia (6). De estos dos autores tomaremos los principales detalles que siguen, admitiendo en el niño dos especies de pénfigo; el simple, febril ó no febril, y el sifilítico.

1.° *Pénfigo simple.*—Puede ir acompañado de un movimiento febril y presentarse á veces epidémicamente. (*P. febril* de Ranvier y Ollivier); entonces se parece bastante al pénfigo agudo de los adultos; en otras circunstancias, la erupcion es apiréctica, las flictenas son escasas, delante del pecho, cuello, cara, abdómen y raíz de los miembros; en vez de ser trasparentes, como en la variedad febril, son ligeramente opalinas; en el líquido que las llena se encuentran á veces copos epitélicos y purulentos, células epidérmicas en considerable número, y glóbulos de pus. (*P. simple no febril*).

2.° *Pénfigo sifilítico.*—Se ha admitido ó mejor reconocido la naturaleza sifilítica de este pénfigo por muchas razones. En casi todos los casos se han podido reconocer antecedentes sifilíticos en ambos progenitores á la par, ó á lo menos en uno de ellos, sobre todo en la madre; se observan tambien otras manifestaciones bien reconocidas de la sífilis, unas superficiales y otras profundas. La erupcion se cura bajo la influencia de un tratamiento mercurial; no recidiva tiene lugar cuando se suspende la medicacion, y vuelve á desaparecer cuando vuelve á plantearse. La sífilis de los adultos tienen manifestaciones plantares y palmares que presentan gran analogía con la sífilis de los recien nacidos; el pénfigo de estos, como la sífilis fetal, se encuentra en los casos de aborto, su rareza está en relacion con la de la sífilis congénita como productos de abortos.»

El pénfigo sifilítico de los recien nacidos debe colocarse entre los accidentes secundarios tardíos; en todos los casos, el padre y la madre de un niño afectado de pénfigo presentaban en el momento de la concepcion varios fenómenos sifilíticos; tambien las mujeres infec-

(1) Dugès, tésis inaugural. Paris, 1821.
(2) Paul Dubois, *Bulletin cité de l'Académie de médecine.*
(3) Depaul, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, y *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1853, tomo XVII, p. 503.
(4) Emilio Vidal, tésis de agregacion. Paris, 1859.
(5) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. II, p. 261. Paris, 1865.
(6) Ollivier y Ranvier, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXVI, p. 555 y 604. Paris, 1864.

tadas de sífilis despues de la concepcion, dieron á luz niños con pénfigo en las extremidades. Los accidentes de los niños no son los mismos, bajo el punto de vista de la cronología sifilítica, en relacion con los parientes en el momento de la concepcion; lo que Ollivier y Ranvier explican, teniendo en cuenta la marcha rápida de la sífilis infantil, en relacion con la evolucion generalmente rápida de los órganos del recien nacido (1).

El pénfigo sifilítico comienza, con frecuencia, durante la vida intra-uterina (*P. congénito*); otras veces, pocas horas ó algunos dias despues del nacimiento, su asiento es sobre todo la planta de los piés y la palma de las manos, y con frecuencia ambas partes á la par. La erupcion se extiende sobre la parte dorsal de las extremidades, viéndola á veces ascender á mas altura. Las flictenas son voluminosas y aproximadas, á veces casi confluentes, opalinas, blancas ó amarillentas. Bajo el punto de vista anatómico, están caracterizados por la gran cantidad de células epidérmicas de su contenido y por la presencia de una capa pulposa, blanca, espesa, recubriendo las papilas congestionadas del dermis, y formada por células separadas del cuerpo mucoso. En cuanto al diagnóstico diferencial entre el pénfigo simple (*P. benigno* de Bazin) y el pénfigo sifilítico (*P. maligno* de Bazin), se apoya en los signos relativos al sitio especial de este último, á la confluencia de las flictenas, al tinte rojo violado de la areola y á la naturaleza de su contenido. Estos signos se confirman por los antecedentes, la coexistencia de otras lesiones sifilíticas y la influencia favorable del tratamiento mercurial. Resulta de los casos observados por Ollivier y Ranvier, que no debe vacunarse de los niños afectados de pénfigo sifilítico ó que han presentado esta afeccion.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Al describir las formas aguda y crónica que puede afectar el pénfigo, se ha indicado su *curso*, de modo que no será necesario volver á repetirle aquí. La *duracion* del pénfigo agudo es ordinariamente de uno á tres setenarios; la del pénfigo crónico es generalmente larga, y puede variar de algunos meses á muchos años; y no es raro verla acabar con la vida. Con mucha frecuencia el pénfigo se desarrolla en estío para terminarse al fin del otoño.

El pénfigo agudo se *termina* frecuentemente por la curacion. En el pénfigo crónico esta terminacion constituye una verdadera excepcion, teniendo la enfermedad tarde ó temprano una terminacion fatal. La muerte es muchas veces producida por una afeccion de los órganos contenidos en las cavidades torácica y abdominal.

El pronóstico del pénfigo de los recien nacidos es diferente, segun la forma con que se presenta; es siempre favorable para el pénfigo

(1) Ollivier y Ranvier, *loc. cit.*

simple, y muy grave para el específico, sin ser constantemente fatal, pues que existen en la ciencia muchos casos de curacion.

§ V.—Lesiones anatómicas.

La palidez de las membraras mucosas, los derrames serosos en las grandes cavidades, un estado graso del hígado, que Cazenave (1) ha encontrado en todos los casos, y que se ha hallado tanto mas marcado cuanto mas adelantada se hallaba la enfermedad, y además en las flictenas que han quedado enteras, un líquido albuminoso, claro, algunas veces amarillento, ordinariamente viscoso, tan pronto inodoro como fétido: tales son las *lesiones* mas constantes que han permitido reconocer las autopsias de los sugetos que han muerto de pénfigo.

Solo recordaremos brevemente la existencia de las lesiones viscerales, que Gubler (2), J. Cruveilhier y algunos otros autores han encontrado en los recien nacidos muertos con pénfigo sifilítico; pero hay otro orden de lesiones sobre cuya naturaleza no están de acuerdo los autores. El espacio y la naturaleza de esta obra nos evita entrar en discusiones sobrado largas; solo recordaremos que Gilibert (3), y despues Rayer, Chalvet (4) y otros muchos observadores han tenido ocasion de demostrar de parte de las vias urinarias y especialmente de la secrecion renal, alteraciones diversas. Chalvet ha encontrado en particular un aumento considerable en la cantidad de fosfatos eliminados por las orinas. Cazin ha observado derrames serosos hasta en la pleura, pericardio y peritoneo, y Fleury (5) la ha encontrado hasta en la aracnoides.

Independientemente de los detalles que preceden y que pertenecen mas bien á las complicaciones, las flictenas mismas, la superficie cutánea puesta al descubierto cuando aquellas se rompen, se han estudiado con sumo cuidado. Hemos dado á conocer anteriormente el resultado de las investigaciones de Ranvier y Ollivier sobre esta cuestion, y en particular sobre el pénfigo de los recien nacidos, y solo añadiremos que Lailler ha encontrado en el líquido de algunas flictenas cristales de *fosfato amónico-magnésico*. El estudio del pénfigo de las mucosas, cuya existencia se ha negado por casi todos los dermatólogos modernos, y especialmente en un trabajo reciente de Baggio (6), previsto ya por Frank, Robert, Sackse, Braune, é intentado despues por Gilibert, Alibert y mas tarde por Fleury. Ha sido

(1) Cazenave, *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 28.
(2) Ad. Gubler, *Gazette médicale de Paris*, 1852.
(3) Gilibert, *Monographie du pemphigus*, Paris, 1813.
(4) Chalvet, Comunicado á la Sociedad anatómica. Diciembre, 1864.
(5) Fleury, *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIII, p. 40.
(6) Baggio, tésis inaugural. Paris, 1864.

admitida de nuevo por Robertet é Hillairet (1), que han encontrado en la cara interna del estómago y de las primeras porciones del intestino delgado pequeñas ulceraciones múltiples, aisladas, muy superficiales ocupando otras todo el espesor de la mucosa. Guiraud (2) ha publicado un caso semejante recogido en la visita de Hardy, y que, como el precedente, pertenecia á un enfermo que habia sucumbido á un pénfigo foliáceo. Ranvier y Guiraud han encontrado en este caso, en sus preparaciones, cristales de fosfato amoniaco magnésico, lo que, segun su observacion, tiende á probar que hay una verdadera eliminacion de fosfato por todas las vias.

§ VI.—Diagnóstico.

Diagnóstico.—Por lo general el diagnóstico del pénfigo es fácil; la existencia de *flictenas*, las mas veces bien aisladas, figurando grandes ampollas; la forma convexa y la *delgadez* de las costras que las suceden; las escoriaciones superficiales que la dislaceracion de las flictenas pone á descubierto, son caractéres por medio de los cuales se evitará la confusion. La *rupia*, cuya forma es esencialmente crónica, y el *ectima* se distinguen de esta afeccion por los caractéres siguientes: en la *rupia* las flictenas son raras y están seguidas de verdaderas úlceras, de costras duras y gruesas; en el *ectima*, cuya lesion elemental es una pústula, esta es ordinariamente mucho mas pequeña que las flictenas del pénfigo. Solo en algunos casos raros se pudiera titubear; pero aun entonces se llega á formar el diagnóstico recordando que la pústula del ectima es primero purulenta, y que las costras á que da lugar son gruesas y negruzcas.

El pénfigo, cuando es confluente, podria confundirse por sus costras con el *impétigo*; pero se evitará el error recordando que las costras del pénfigo son delgadas, laminosas y foliáceas, y que el impétigo tiene costras gruesas, anfractuosas y rugosas.

§ VII.—Tratamiento.

En el concepto de todos los autores, el *tratamiento del pénfigo agudo* no consiste sino en el uso de medios muy sencillos; una *dieta ligera*, el uso de algunas *bebidas diluentes* y la *quietud* bastan en casi todos los casos. Es raro que haya necesidad de recurrir á los *antiflogísticos* comunes ó á algunos *derivativos* para moderar la intensidad de la inflamacion de la piel. Por lo general es necesario cuidar de que la epidermis quede aplicada á la superficie de la mayor parte de las flictenas; tambien es menester *preservarlas del roce* despues

(1) Robertet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1863.
(2) L. Guiraud, *Du pemphigus chronique*, tésis inaugural. Paris, 1865.

de su rotura, y cuando están escoriadas curarlas, siguiendo el consejo de Rayer, con un lienzo agujereado untado de cerato.

Tambien se puede modificar el *pénfigo crónico* por los mismos medios; pero reclama una modificacion mas activa, y ordinariamente se prescriben *baños simples* ó *de almidon*. Si los dolores son vivos se aplican sobre las partes enfermas *compresas empapadas en un líquido anodino ú opiado*.

A. Cazenave aconseja ser muy reservado en el uso de los tópicos; en general desecha las pomadas, y en cuanto á los baños les encuentra el inconveniente de que maceran la piel y facilitan el desarrollo de las flictenas.

El único caso en que el pénfigo puede ser, segun este autor, ventajosamente modificado por una aplicacion tópica, es cuando ocupando una superficie limitada se reproduce sin cesar; entonces Cazenave aconseja las *cataplasmas espolvoreadas de quina y carbon*.

«El tópico, añade este médico, que me ha producido mejores resultados con el objeto de evitar los inconvenientes de una exudacion demasiado abundante, y de calmar los dolores que atormentaban al enfermo, es el *almidon seco*, con el cual se espolvorean todos los puntos afectados, cualquiera que por otra parte sea la extension de la erupcion. Yo he visto enfermos cubiertos de un pénfigo que los envolvia casi enteramente, encontrar en el uso de este tópico una agradable frescura que calmaba todos sus padecimientos, y producia tambien algunas veces una modificacion ventajosa en la misma enfermedad.»

Entre los medios generales, se recomiendan particularmente los *tónicos*; se procura mejorar la constitucion del enfermo, y con este objeto se administran con perseverancia los *ferruginosos*, la *limonada vinosa*, el *café de bellotas*, experimentado con feliz éxito por Cazenave, y los *amargos*, administrados con perseverancia, no solo á los ancianos y sugetos debilitados, sino tambien á los jóvenes robustos cuyo mal persiste con pertinacia. El estado de las vias digestivas servirá de guia para calcular la energía con que se debe emplear este tratamiento.

«Las *limonadas sulfúrica y nítrica* continuadas con perseverancia, dice Rayer, han producido tambien algunas curaciones notables.»

En el tratamiento del *pemphigus labialis*, se procurará ver si existe alguna relacion entre la enfermedad local y una alteracion de las vias digestivas ó de cualquier otro órgano de la economía; informarse sobre todo de los antecedentes del enfermo, de su constitucion y temperamento; hacer estribar la medicacion general en estas diversas condiciones una vez conocidas y apreciadas; emplear primero los emolientes húmedos ó los polvos absorbentes ó las aguas acídulas para impedir la formacion de estas costras gruesas y duras, que bajo la influencia de la compresion producida por los alimentos y los movimientos, irritan sin cesar los labios y favorecen la formacion de las

flictenas; modificar la forma morbosa y el hábito de la produccion morbosa por los cáusticos muy suaves, repetidos, tanteando segun la susceptibilidad del enfermo, pero compuestos de tal modo que jamás produzcan una escitacion demasiado viva. La *solucion del nitrato ácido de mercurio*, de que nos servimos generalmente en este caso, y en condiciones análogas, no es la de la *Farmacopea francesa*, pues nosotros encontramos este último cáustico demasiado ácido y demasiado fuerte para la generalidad de las enfermedades cutáneas, que por su cronicidad exigen el uso de estas especies de medios. Se debe preferir la siguiente solucion:

R. Protonitrato de mercurio cristalizado......	4 gram.	Acido nítrico..............	2 gram.
		Agua......................	8 gram.

Se reduce á polvo el protonitrato de mercurio, se le disuelve en agua destilada, que se calentará poco á poco hasta la ebullicion; se retira del fuego, y se le añade gota á gota el ácido nítrico. Se forma un poco de deutonitrato, pero en una proporcion muy corta, cuando se ha hecho bien la operacion.

Lo mismo sucede con el *iodo* cáustico. La fórmula de Lugol conviene mas particularmente al *lupus* y á todas las afecciones escrofulosas.

Se debe modificar del modo siguiente:

R. Iodo............	5 decígram.	Alcohol á 36°..............	8 gram.
Ioduro de potasio..	4 gram.		

Se disuelve y se añade:

Agua saturada de sal comun... 8 gram.

Estas dósis pueden modificarse segun los casos para que se usan. (Devergie.)

En presencia de la gravedad del pénfigo sifilítico de los recien nacidos, el médico debe escoger entre los dos sistemas de medicacion; el tratamiento directo y el indirecto. Como es sabido que la glándula mamaria elimina el iodo contenido en la sangre, se dará á la nodriza ioduro potásico. Por el contrario, como los experimentos de Reveil, Personne y de Lutz han demostrado que solo se ha obtenido la curacion, á contar desde el tratamiento mercurial; se someterá al niño á un tratamiento activo por el licor de Van Swieten ó del protoioduro de mercurio al interior, y por los baños de sublimado (1).

Trousseau prescribe el licor de Van Swieten á la dósis de 1 gramo al dia, y hace tomar baños con 5 gramos de sublimado y da á la nodriza de 1 á 3 gramos de ioduro potásico.

(1) Aug. Ollivier y Ranvier, *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, *loc. cit.*, p. 601.

ARTÍCULO II.

RUPIA.

§ I.—Definicion y frecuencia.

La *rupia* es una afeccion cutánea caracterizada en primer lugar por flictenas mas ó menos voluminosas, aisladas, aplastadas, que contienen un líquido primitivamente seroso, luego purulento, y algunas veces negruzco, mas tarde por costras muy gruesas, y en fin, por úlceras.

Rayer cree que es la rupia mas comun que el pénfigo.

§ II.—Causas.

Dividiremos las causas de la rupia en externas é internas.

1.° *Causas externas.*—Bazin es el único autor que reconoce en la rupia una causa de este órden, consiste en la aplicacion sobre la piel del papel Joseph mojado en aceite de nuez de anacardo. La lesion que entonces se produce, aunque recuerda bastante bien la rupia, solo realiza imperfectamente los principales fenómenos (1).

2.° *Causas internas.*—Independientemente de las causas generales que pueden favorecer la erupcion de la rupia (*miseria, nutricion insuficiente, habitacion en sitios húmedos y mal sanos, mucha edad, constitucion debilitada por enfermedades de todo género*) en las que la lesion cutánea solo es la simple (*R. caquéctica* de Gibert); se ha visto tambien presentarse la rupia á consecuencia de enfermedades *eruptivas graves*, ó complicar la *púrpura hemorrágica* (2). Marcel la ha visto desarrollarse en un sugeto debilitado por *poluciones nocturnas* (3).

Pero entre las causas internas la *escrófula* (Bazin), el *herpetismo* (E. Gintrac) y la *sífilis* (Huguier, Bazin, Cullerier, etc.), (4) deben ocupar sobre todo una importante lugar.

§ III.—Síntomas.

1.° *Rupia simple* (*R. simplex*).—Se ven aparecer casi exclusivamente en los miembros inferiores, mas rara vez en el tronco y en los miembros superiores, sin inflamacion antecedente, cierto número de pequeñas *flictenas* aplastadas, de un centímetro de diámetro sobre poco mas ó menos. Están distendidas por un *líquido* al principio *se-*

(1) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées artificielles.*
(2) Valleix, observaciones personales.
(3) Marcel, comunicacion á la Sociedad médica de observacion.
(4) Culler[illegible] *[illegible]ique des maladies vénériennes.* Paris, 1861-1865.

roso y trasparente, que se espesa bien pronto y se cambia en verdadero *pus*. Despues las flictenas se aplanan y se arrugan; el líquido que contienen se concreta y se trasforma en una *costra* morena, rugosa, siempre mas gruesa en el centro que en la circunferencia, y que se continúa con la epidermis levantada. A la caida de la costra se encuentran *úlceras* superficiales, que unas veces se cicatrizan bastante pronto y otras se cubren de costras nuevas. Tal es la *rupia simplex*, despues de la cual quedan *señales de color rojo lívido* que persisten todavía algun tiempo.

2.° *Rupia prominente* (*R. præminens*).—En ciertos casos los caractéres de la rupia son mas marcados, las flictenas mayores, las costras mas gruesas y las úlceras mas profundas: esta es la *rupia præminens*. En esta especie, la erupcion flictenosa empieza por una *inflamacion circunscrita de la piel;* despues en este punto inflamado la epidermis se halla mas ó menos levantada por una coleccion de serosidad cetrina, y algunas veces por un *líquido negruzco bastante espeso*, que se concreta rápidamente en una costra de color negruzco. Ésta se halla rodeada en su base de una *areola eritematosa*, que á veces se hace el asiento de un desprendimiento epidérmico, y constituye una nueva *ampolla* á la que se sigue una costra que se añade á la primera. Este síntoma secundario de la erupcion tiende á aumentarla y á extenderla. Al cabo de cierto tiempo se van añadiendo sin cesar nuevas costras á la que se habia formado primero; su conjunto se asemeja bastante bien á una *concha de ostra*. Otras veces, por el contrario, el aumento de la costra se hace en altura, y esta puede sobresalir algunos centímetros de la superficie de la piel, y entonces es cónica y se asemeja á esas conchas univalvas llamadas *lapas* ó *patelas*.

Las costras que se suceden á la flictena de la rupia prominente son ordinariamente muy adherentes y persisten todavía bastante tiempo. Cuando se caen espontáneamente ó por medio de aplicaciones emolientes, se descubren *úlceras* de una extension y de profundidad variables. Estas se cubren bien pronto de una nueva costra, ó bien dejan al descubierto una *úlcera blanquecina*, profunda y redondeada, de 2 á 3 centímetros de extension, con bordes hinchados y de color rojo lívido. Las úlceras que tardan en cicatrizarse, principalmente en los ancianos, dejan despues de ellas cicatrices poco sólidas y *señales purpurinas*, que solo desaparecen despues de mucho tiempo.

3.° *Rupia escarótica* (*R. escharrotica*).—Esta forma, con frecuencia confundida con el *ectima cachecticum*, y descrita por algunos autores con el nombre de *pemphigus gangrenosus*, es propia de los niños caquécticos debilitados, y no los ataca sino desde su nacimiento hasta la primera denticion, y ocupa principalmente el cuello, el pecho, el abdómen y el escroto. Sus flictenas son siempre aisladas y bien distintas.

En estos casos se ven aparecer en la piel *manchas lívidas*, ligera-

mente *prominentes*, en las que se desarrollan bien pronto *flictenas* distendidas por un líquido seroso ó *sanguinolento*. Aumentando estas rápidamente de volúmen, forman grandes vejigas aplastadas, irregulares, rodeadas de una *areola amoratada*, y que contienen un *líquido negruzco*. Estas ampollas no tardan en marchitarse y romperse, y dejan al descubierto *superficies ulceradas de aspecto granuloso*. Estas úlceras son anchas, profundas y dan lugar á una *supuracion fétida* y de mal carácter.

Poco despues se manifiesta una *nueva erupcion*, y estos accidentes pueden reproducirse varias veces. Estas erupciones sucesivas producen *vivísimos dolores*, principalmente en los niños muy pequeños. Causan insomnio, excitan la fiebre, y bajo su influencia puede sobrevenir la muerte rápidamente. Cuando el éxito es favorable, tarda mucho en efectuarse la cicatrizacion.

Añadiremos á esta descripcion, á título de observacion, la opinion de Bazin, que en la *rupia escarótica*, no ver sino una especie de pénfigo de los recien nacidos.

La **rupia escrofulosa** (*escrofúlide maligna crustácea ulcerosa en forma de rupia*, de Bazin) se observa sobre todo en la parte anterior del tórax y en los miembros superiores ocupando gran número de puntos á la vez. Las costras están rodeadas de una areola roja azulada; son gruesas, cónicas, prominentes, de un pardo amarillento y reposan sobre ulceraciones lívidas, anfractuosas, cubiertas de granulaciones y fungosidades. Las cicatrices que suceden á las úlceras y á sus costras son salientes, reticuladas, de blanco rosado y con frecuencia como keloidianas. La rupia escrofulosa ha sido precedida ó acompañada casi siempre de otros accidentes de la misma naturaleza (Bazin).

La **rupia sifilítica** (*sifílide crustácea ulcerosa en forma de rupia* de Bazin) se desarrolla principalmente sobre los miembros inferiores, sobre la region dorsal y lumbar, etc. Estos elementos son en general poco numerosos (á veces una ó dos flictenas solamente). El líquido contenido es opaco, muy espeso, se deseca con facilidad, dando lugar á costras negruzcas ó verdes sombrías. Estas costras están rodeadas de una areola rojiza oscura y cubren ulceraciones grises, desiguales de bordes elevados y cortados á pico. En fin, cuando la afeccion llega á su último término, se encuentra una cicatriz lisa, redondeada, de un blanco mate, como deprimida en el tejido de la piel (Bazin).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La rupia tiene un *curso* esencialmente crónico; su *duracion*, que no puede ser de mas de dos á tres setenarios, persiste con frecuencia, muchos meses, teniendo en los ancianos una tenacidad notable. La curacion, que algunas veces tarda mucho, es la *terminacion* mas co-

mun. Sin embargo, en algunos ancianos no se puede llegar á hacer cicatrizar las úlceras que resultan de la caida de las costras.

Cuando la rupia es escrofulosa constituye una afeccion muy larga, y á su vez la sifilítica es muy grave. Puede complicarse de fagedenismo y producir en poco tiempo extensas destrucciones (1).

§ V.—Diagnóstico.

El *pénfigo* y el *ectima* son las dos únicas enfermedades de la piel con las cuales se pudiera confundir la que nos ocupa.

El *pénfigo* se distingue de la rupia en sus flictenas prominentes, anchas y distendidas por un líquido siempre mas trasparente y mas seroso, igualmente que en sus costras delgadas, laminosas, tan diferentes de las costras características de la rupia.

El *ectima*, que se desarrolla generalmente en las mismas condiciones que la rupia, se diferencia de ella al principio por su estado pustuloso; mas adelante sus costras, aunque prominentes, son irregulares y mas adherentes, y las úlceras que les suceden son menos anchas y menos profundas.

§ VI.—Tratamiento.

Si se recuerdan las condiciones que favorecen el desarrollo de la rupia, se comprenderá que los medios que tienden á restaurar la constitucion empobrecida deben ser una parte esencial del tratamiento. La *leche de una buena nodriza* para los niños muy pequeños, un *régimen alimenticio sustancioso* y fortificante, el uso de los *vinos generosos*, de los *amargos*, de algunos *tónicos*, un aire puro, el aseo, etc., constituirán el *tratamiento general.*

El *tratamiento local* consiste en los medios siguientes, que voy á enumerar rápidamente.

«*Se abrirán las flictemas* de rupia simple, dice Rayer, si contienen serosidad; *se cubrirán con un lienzo agujereado*, sobre el cual se aplicará una corta cantidad de hilas, y se mantendrá todo por medio de un vendaje compresivo.»

Despues de la caida de las costras, se podrá apresurar la cicatrizacion de las úlceras por medio de *lociones con vino aromático* ó *con miel*, ó una solucion de *crémor de tártaro.* De todos los tópicos, segun Rayer, el que mejores resultados produce es el *crémor de tártaro*, con el cual se *espolvorea* la superficie ulcerada. Cuando las úlceras son dolorosas, se hacen con ventaja *lociones con agua de malvabisco.*

En los casos en que las úlceras son rebeldes, como sucede despues de la caida de las costras de *rupia prœminens*, Cazenave reco-

(1) Bazin, *Leçons sur les affect. génériques*, t. II, p. 307. Paris, 1865.

mienda la *cauterizacion*, y encarga que se toquen profundamente los puntos ulcerados con el *nitrato de plata*, ó que se los lave varias veces con el ácido *hidroclórico* dilatado en agua. Si no bastan estos medios, aconseja la cauterizacion con el *nitrato ácido de mercurio*. Muchas veces se ha obtenido una pronta cicatrizacion con la pomada de *protoioduro* de mercurio, y aun con la de *deutoioduro*, que obra como un verdadero cáustico.

Este tratamiento es tambien el que recomienda Bazin, que le prefiere siempre al jarabe de biioduro iodurado; los buenos resultados obtenidos son favorables á los que sostienen la opinion de la existencia de una rupia sifilítica.

En el tratamiento de la rupia escrofulosa, los tónicos deben tener el primer lugar. En esta forma es en la que mas importa, segun el consejo general de Devergie, conservar las costras sobre las úlceras cualquiera que sea la forma y volúmen.

Se recomienda la *quietud* y la *posicion horizontal* cuando la rupia está fija en los miembros inferiores. A los medios precedentes se agregan como auxiliares algunos *baños simples ó alcalinos*. Los *tópicos emolientes* son los únicos cuyo uso autoriza Cazenave en la *rupia escarótica*.

CAPÍTULO V.

FORMAS PAPULOSAS.

Las formas papulosas están caracterizadas por pequeñas elevaciones que no presentan cavidad, que con frecuencia presentan el mismo color de la piel, siendo otras veces rojas, poco pronunciado, y que determinan un prurito mas ó menos intenso.

ARTÍCULO PRIMERO.

LIQUEN.

Colocando definitivamente el liquen entre las afecciones papulosas, ha hecho Willan cesar la confusion que reinaba en los escritos de los autores antiguos, relativamente á esta palabra, y tambien en algunos autores modernos, como Sauvage, Lorry, Alibert. Biett ha conservado á esta denominacion el sentido dado por el patólogo inglés, y los que le han seguido han adoptado su opinion.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

El liquen está caracterizado por la erupcion simultánea ó sucesiva de pápulas generalmente pequeñas, aglomeradas, conservando á veces

el color de la piel, pero presentando la generalidad color mas ó menos rojo, pápulas acompañadas, en una época mas ó menos avanzada de su existencia, de la hipertrofia de las papilas con exageracion de los pliegues de la piel, y de un prurito que á veces las precede, y en circunstancias especiales falta por completo. Generalmente se considera al liquen como una enfermedad frecuente.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Se observa el liquen en todas *edades*. La variedad indicada por Bateman, con el nombre de *liquen urticatus*, es, segun este autor, *peculiar de la infancia*. Las mujeres le presentan con menos frecuencia que los hombres. Nada sabemos dé positivo sobre la influencia de los *temperamentos* y de las *estaciones*; sin embargo, algunos autores admiten que la primavera y el estío son mas favorables á su desarrollo. Tambien se han colocado entre las causas de esta afeccion los *erores del régimen*.

2.° *Causas determinantes.*—El liquen, considerado segun la mas lata acepcion que puede darse á su definicion, puede reconocer por causas *internas*, segun Bazin, la *artritis*, las *herpes*, las *escrófulas* y la *sifilis*. Indicaremos desde ahora, que los liquenes *lenticular* y *miliar* pertenecen á la última de estas enfermedades constitucionales, y para su descripcion pueden verse las *sifílides papulosas* (1).

Las diversas variedades de liquen descritos bajo los nombres de L. *circunscrito*, L. *lividus* y L. *pilaris*, constituyen para el mismo autor las formas de *liquen artrítico*. Mas adelante veremos las variedades que se refieren á la escrófula, y cuáles á los herpes; añadiremos que para Hardy, el liquen pertenece exclusivamente á la clase de los herpes, del mismo modo que el *eczema* y el *impétigo* reunidos, el *proriasis* y la *pitiriasis*.

El liquen de *causa externa* puede depender de la presencia de ciertos parásitos; en los individuos afectados de *tiña tonsurante*, se observa, no en la piel de la cabeza, sino casi siempre sobre el tronco y los miembros (generalmente en el dorso de las manos y en las muñecas) ó pápulas, formando placas circunscritas, que pueden aparecer tambien en la cara ó parte superior del cuello ó en medio de los círculos herpéticos (Bazin).

El liquen constituye una de las erupciones sintomáticas de la *sarna* ordinaria, y Gibert describe además un *liquen acárico* ocasionado por pequeños *acarus* que viven generalmente sobre vegetales y se implantan accidentalmente sobre la piel del hombre especialmente al fin del estío (2).

Independientemente del liquen de orígen *parasitario*, existe tam-

(1) Véase tomo I, art. SÍFILIS, p. 542.
(2) Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, t. I, p. 385.

bien otro liquen de causa externa (L. *artificial* de Bazin), que puede depender de la accion de ciertos contactos irritantes ó de la ingestion de algunos medicamentos. La insolacion, ciertas profesiones que exponen á un foco de calor (fogoneros, cocineros, etc.), sea al contacto habitual de materias irritantes pulverulentas (albañiles, especieros, zapateros, etc.), parecen determinar el desarrollo del liquen sobre las partes irritadas. Segun Bazin, se puede, «con ayuda de fricciones hechas con pomada de ipecacuana, determinar la aparicion de enrojecimientos difusos sobre los que no tardan en aparecer, si se continúan las unturas, elevaciones papulosas bastante voluminosas, distintas líneas de otras rojas poco numerosas y acompañadas de intenso picor.»

La administracion del iodo y de los ioduros pueden determinar en las personas predispuestas una erupcion papulosa, semejante á la urticaria, excepto la rubicundez considerable (Fischer, de Viena).

La variedad de *liquen*, llamada *vesicular*, se encuentra tambien descrita con el nombre de *sarna beduina* (1), y se presenta particularmente en los climas cálidos, reinando á veces accidentalmente en los climas templados, como se ha tenido ocasion de observar en la última campaña de Italia. Comienza á aparecer en el mes de Junio y ocupa las partes por las que mas generalmente se filtra el sudor por la mayor abundancia de poros. Ataca especialmente á las personas que por su constitucion y temperamento, ó sus ocupaciones, sudan comparativamente mas, así como á los que llevan el cuerpo cubierto de franela generalmente. En una palabra, el liquen vesicular aparece bajo la influencia de todas las causas que en los paises cálidos, y en las condiciones antes referidas, aumentan el calor normal y determinan en la economía un movimiento fluxionario hácia la piel, y por consecuencia una exudacion escesiva (2). La erupcion no se presenta mas que en las personas sanas, en las que la actividad cutánea es mayor. En las jóvenes se presenta inopinadamente, sin producir ningun trastorno en la salud, ni la menor inquietud. Relativamente á la influencia que una traspiracion excesiva determinada por una alta temperatura, puede determinar en la aparicion del liquen vesicular, influencia manifiesta, puesto que cuanto mas abundante es la traspiracion, mayor es la erupcion, es menester reconocer, sin embargo, que se puede en ciertos casos provocar una diaforesis tan abundante sin producir la *sarna beduina*. Investigando Amadeo Pâris en la constitucion geológica de la zona sahariana correspondiente á Biskra la razon de esta diferencia, ha encontrado las aguas de aquel pais cargadas de principios mineralizados de naturaleza esencialmente marítima, entre las que dominan los cloruros, que se eli-

(1) Esta es la sarna de Tennesse (Michaux), los *botones calientes* ó de *calor* de los colonos de las Antillas, los *botones del Nilo* de los viajeros de Egipto, etc. (Amadeo, Pâris.)

(2) *Hhabb-arag*, *botones del sudor*, segun dice Arabes.

minan por la superficie cutánea. «Los análisis del sudor han podido demostrar que las gotas de sudor que salen por la piel contienen gran cantidad de cloruro de sodio, que en todos los puntos en que aparecen estas gotas no hay pápulas; y por el contrario, las *pápulas* parecen *formarse por la detencion de uno ó muchos cristales de cloruro sódico en las capas superficiales de la piel* (1).»

§ III.—Síntomas.

1.° *Liquen simple agudo.—Pequeñas pápulas*, del tamaño de un grano de mijo, aglomeradas, rojas, acompañadas de prurito y calor incómodo, pero soportable, hacen su aparicion en la superficie de la piel. Despues de algunos dias disminuye el rubor, las pápulas se aplanan y la comezon disminuye gradualmente. Al cabo de uno ó de varios setenarios, una *ligera descamacion* indica que la enfermedad ha terminado.

Tal es en su forma mas benigna el *liquen simple*, enfermedad algo rara y siempre ligera. Segun Willan, esta erupcion va siempre precedida de *síntomas febriles;* pero A. Cazenave (2) solo ha visto aparecer los síntomas generales en los casos en que la erupcion era muy extensa; lo mismo ha observado Biett.

2.° *Liquen simple crónico.*—En vez de afectar una marcha rápida, lo general es que el liquen quede estacionario durante mucho tiempo ó que se prolongue por la sucesion de nuevas erupciones, lo que constituye un *liquen simple crónico;* afeccion mucho mas comun que el *liquen simple agudo.*

En el liquen simple crónico, las pápulas se inflaman poco ó nada; conservan el color de la piel, y constituyen *pequeñas elevaciones apreciables*, sobre todo *al tacto*. Pasado el dedo por la erupcion, se percibe la sensacion de pequeños cuerpos duros de que parece herizada la piel. Cuando la enfermedad ha durado cierto tiempo, sufre la piel un engruesamiento mas ó menos notable, y aun suele cubrirse de una *exfoliacion* mas ó menos abundante.

El sitio mas comun del liquen simple, cuando es agudo, es el cuello y la cara, encontrándose en el estado crónico, particularmente en los brazos y dorso de la mano.

3.° *Liquen agrio.*—En esta forma, que puede desarrollarse primitivamente ó suceder al *liquen simple*, puede llegar la erupcion al mayor grado de intensidad (de donde toma el nombre de *agrio:* ἄγριος, *ferus)*, y se presenta con caractéres particulares.

Sobre una superficie eritematosa aparecen reunidas gran número de *pequeñas pápulas* muy rojas é inflamadas, salientes y lustrosas;

(1) Amadeo Pàris. *Mémoire sur la gale bédouine (lichen vésiculaire)*, in *Gazette médicale de Paris*, 1866, p, 148.

(2) Alfredo Cazenave, *Ann. des malad. de la peau*, t. II, p. 35.

van acompañadas de *calor ardiente*, tension dolorosa y *picor mezclado de comezon*.

La inflamacion aumenta, el volúmen de las pápulas crece, y su vértice presenta varias ulceraciones, por las que sale un líquido *seropurulento* que se concreta y forma *pequeñas costras* amarillo-verdosas, rugosas, prominentes, que se adhieren apenas y se implantan sobre superficies granugientas separadas por intervalos en los que la piel aparece como herizada de pápulas (A. Cazenave). A veces, al cabo de dos setenarios, cede gradualmente la inflamacion y todo termina por una *descamacion ligera*.

En la mayoría de los casos, erupciones y ulceraciones nuevas sostienen y prolongan la enfermedad, y sucesivamente se ven las costras y las escamas reemplazarse. En el momento de estas exacerbaciones, el prurito se hace intolerable y pone á los enfermos en un estado nervioso insoportable. Por último, la piel se *engruesa* y toma un tinte amarillo notable que resalta á las miradas expertas.

El *liquen agrio* con los caractéres de gravedad que hemos descrito, situado en la cara, produce á veces una tumefaccion que altera las facciones. Puede tambien ocupar toda la superficie cutánea, con frecuencia concentrarse en las manos, y sobre todo en la porcion dorsal de los dedos, ataca la matriz de las uñas, que se hacen desiguales, rugosas y friables.

4.° *Variedades.*—Tales son las tres formas principales que constituyen el liquen; las numerosas variedades que se han admitido entran en la descripcion que hemos hecho. Bastará que añadamos que en el *liquen pilaris* las pápulas existen en la base de los pelos, y el prurito es de los mas intensos; que el *liquen lividus* se llama así por el tinte violado melánico que presentan las pápulas. La disposicion en cinta arrollada formando círculo, ha recibido de Biett la denominacion de *liquen gyratus*, y la disposicion en grupos se ha denominado por Willan *liquen circunscrito*. En cuanto al *liquen urticatus* de Bateman tiene de particular, que sus pápulas, mas anchas y rojas que las del liquen simple, son mas elevadas y marcadas que las elevaciones de la *urticaria*. Solo mencionaremos el *liquen tropicus*, variedad propia del clima tropical, y del que podrá tomarse una idea en la obra de Cleghorn (1). El *liquen pilaris* no es, segun Devergie y Hardy, mas que un *pitiriasis pilaris*, y segun Bazin, el *liquen urticans* solo es una variedad de la urticaria; presenta un curso fugaz, como la del *cnidosis* ó urticaria crónica. En cuanto al *liquen vesicular (sarna beduínica)*, los enfermos se quejan primero de calor que refieren á la elevada temperatura de la atmósfera, de los sudores abundantes que provoca y de prurito sentido en todas las partes del cuerpo. La erupcion comienza entonces á marcar la piel; aumenta con la elevacion de temperatura, y continúa su existencia sin alterar

(1) Cleghorn, *On the Diseases of Minorca*. London, 1779.

su salud. Las pápulas comienzan por una coloracion encendida uniforme, pero circunscrita de la piel, despues, en medio de esta especie de pequeña placa, se hace el color rojo subido, y se eleva sobre la superficie (pápula), se llena (pápula vesicular) el vértice, se hace trasparente y la vesícula se forma. «Todo hace creer que la vesícula contiene un cristal ó varios de cloruro de sodio, que al salir rompe la vesícula que queda en la apariencia de una pirámide cónica, hueca, cuyo vértice se ha quitado. Desde que la rotura se produce, la piel queda roja por algunos dias, pero sin dolores agudos, sin el prurito desagradable que determina la presencia de los cristales. La sarna beduínica desaparece desde el momento en que disminuya la elevada y sostenida elevácion de la temperatura, en el momento en que las orinas se hacen abundantes, ó las secreciones, en vez de ser periféricas, son centrales, en una palabra, en el momento en que el sudor deja de rezumar por la piel. Toda la economía toma entonces la calma armónica de los paises templados (1).»

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Como se ha visto en la descripcion de los síntomas, el líquen en su forma ligera y en la intensa, puede tener un *curso* rápido; en estos casos la enfermedad solo dura dos ó tres setenarios, la curacion se produce despues de una ligera descamacion epidérmica.

Pero lo mas frecuente es que la duracion del *liquen simple* y del *agrio* sea mas larga; se sostiene por la continuacion mas ó menos frecuente de erupciones de pápulas, que son otros tantos estados agudos que pueden prolongar la enfermedad durante meses y aun años.

Sin embargo, la curacion es la *terminacion* mas frecuente. Biett admite en algunos casos la trasformacion del liquen en impétigo.

Despues de la desaparicion del mal, conserva la piel un grueso y consistencia notable, comparadas á las del tafilete.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Los botones llenos, sólidos, de las *pápulas*, desarrolladas generalmente en la cara externa de los miembros, acompañadas de prurito, recuerdan siempre á qué clase pertenece la enfermedad. En cuanto al *prurigo*, se le distingue del liquen porque sus pápulas son mas anchas, aplastadas, teniendo su vértice roto y cubierto por una pequeña costra sanguínea negruzca. El prurito del *liquen simple* es por lo comun ligero; siendo acre y quemante en el prurigo.

Hemos presentado en el artículo ECZEMA los caractéres que distinguen las *vesículas eczematosas* en el estado crónico del *liquen agrio;* ya le referiremos al lector.

(1) Amadeo Pâris, *loc. cit.*, p. 149.

En cuanto al *liquen urticans*, no se le confundirá con la *erupcion urticaria* si se recuerda que en esta las elevaciones cutáneas son mas extensas, su duracion es fugaz, y su superficie es plana, prolongada, cilíndrica y semi-lunar.

En cierto número de casos, el diagnóstico del liquen agrio presenta alguna dificultad, sobre todo cuando las pápulas son numerosas, aglomeradas, y tan confluentes, que es difícil reconocerlas; pero observando con atencion, es raro que no se encuentren sobre el borde de las placas pápulas cuya presencia elimina toda duda.

Pronóstico.—El liquen no es una enfermedad grave, pero constituye una molestia en razon de su tenacidad y de las recidivas, que son tan frecuentes. Su asiento en el ano y partes genitales le dan un carácter de gravedad, sobre la que insistiremos al tratar del prurigo de estas partes.

§ VI.—Tratamiento.

El tratamiento del liquen tiene gran analogía con el del prurigo; la mayoría de los medios que se indican en esta afeccion son aplicables al líquen. Así los *antiflogísticos*, los *emolientes*, los *alcalinos*, los *antiespasmódicos*, los *narcóticos*, se aconsejan en el liquen como en el prurigo, pudiéndose unir á estos medios el *sulfato de quinina* y los *arsenicales*.

Pero existen algunas indicaciones particulares que debemos mencionar.

Liquen agrio.—«Es menester, dice Cazenave, recurrir á las *emisiones sanguíneas*, á los *fomentos*, á las *lociones mucilaginosas*, á los *baños emolientes*, á las *bebidas acídulas.*» Este autor quiere que se límite el empleo de los emolientes al estado agudo, fuera de estos casos cree que la piel los soporta mal, y aunque aumenta su ya exagerada sensibilidad.

Las *lociones alcalinas* y *mercuriales* se emplean con ventaja, así como los baños de igual naturaleza. Los autores prescriben en estos casos los *baños sulfurosos;* é insisten, como en todas las formas intensas y rebeldes, en la *rigurosa observacion de los principios de higiene*. Los *ácidos minerales* tomados al interior se han aconsejado por la mayoría.

Segun Cazenave, el empleo de las *pomadas* es rara vez útil en el tratamiento del líquen. Se han usado algunos que daremos á conocer en el tratamiento del prurigo, tales como las *pomadas alcalinas*, las *de brea*, etc. Gibert aconseja la siguiente:

Deutóxido de mercurio....	4 gram.	Manteca..................	32 gram.
Alcanfor..................	75 centígr.		

En los casos en que el liquen es muy antiguo, Rayer dice ha empleado con ventaja la siguiente pomada:

Calomelanos..............	4 gram.	Manteca..................	30 gram.
Alcanfor..................	80 centígr.		

Dice tambien haber hecho cesar el prurito cauterizando ligeramente la piel con *nitrato de plata ó lociones vinagradas*. Con el mismo objeto aconseja Baumès (1) la compresion fuerte é igual con una *plancha de plomo*, ó solamente con vendas sobre la parte enferma.

En cuanto á los *baños*, su empleo en el tratamiento del liquen tienen frecuentes aplicaciones, y los que han producido mejores efectos han sido los *baños alcalinos* y los de *vapor*. En cierto número de casos las aguas de Enghien, de Loèche (Valais) y de Schninznach han producido notables curaciones. Solo en las formas crónicas, y cuando la inflamacion local es ligera, es cuando deben emplearse estos medios.

Bazin (2), que emplea el *aceite de enebro*, le considera como muy eficaz contra el *liquen agrio*, que cede como por encanto á las fricciones hechas todos los dias sobre la extension de las superficies enfermas con un grueso pincel de cáñamo, embebido en aceite puro de enebro.

Liquen circunscrito.—«Cuando la erupcion es aislada y forma una placa ó varias, esparcidas, limitadas de pápulas aglomeradas; se puede, dice Baumès, aplicar un *vejigatorio* sobre la placa única, ó *muchos vejigatorios sucesivos* sobre las diversas placas. Despues de separada la flictena se *cura la superficie denudada con la pomada de nitrato de plata*. Es un medio con el que hemos obtenido resultados notables sobre la cara y el dorso de las manos.»

Segun Cazenave y Schedel, Biett ha empleado con éxito en el *liquen agrio*, y á veces en el *simple crónico*, las *píldoras asiáticas*, haciendo tomar al enfermo una por dia durante un mes ó mas. Hé aquí la composicion:

Acido arsenioso............	5 centígr.	Goma arábiga............	10 centígr.
Pimienta negra............	60 centígr.	Agua......................	C. S.

Tritúrese durante mucho tiempo el ácido y la pimienta; añádase la goma y el agua y hágase una masa y divídase en doce píldoras.

Las causas determinantes del liquen vesicular (*sarna beduínica*) indican claramente el valor nulo de todo medio terapéutico contra esta afeccion y las ventajas que, por el contrario, resultan de la atenta observancia de las reglas higiénicas, durante la estacion calurosa para preservarse de su aparicion ó á lo menos para atenuar la

(1) Baumès, *Nouvelle dermatologie*. Lyon, 1842, t. I, p. 532.
(2) Bazin, *Bulletin gén. de thérap.*, 30 Diciembre, 1851.

manifestacion: 1.°, beber la menos agua posible; 2.°, calmar la sed con líquidos ácidos; 3.°, abstenerse de ejercicios violentos; 4.°, no salir durante la mayor parte del dia; 5.°, tomar á lo menos tres veces por semana un baño general de una hora; 6.°, usar durante la estacion calurosa vestidos anchos y ligeros (1).

APÉNDICE AL ARTÍCULO PRIMERO.

STROPHULUS.

Describiremos aparte esta afeccion papulosa, á pesar que algunos autores la comprendan en la historia del liquen, haciendo una simple variedad (*liquen strophulus*). El strophulus es propio de la primera infancia; tiene algunos caractéres especiales, y su frecuencia es algo grande.

El strophulus está caracterizado por una erupcion mas ó menos extensa, á veces general, de pápulas ó mas blancas ó mas encendidas que el resto de la piel, situadas generalmente en la cara y acompañadas de comezon mas ó menos intensa.

Conocido vulgarmente con los nombres de *fuego de la denticion*, coincide generalmente con la época de la primera denticion. Tal es todo lo que sabemos de la etiología de esta afeccion.

La division adoptada por Willan en muchas especies distintas por el color y la disposicion de la erupcion, merece conservarse, porque sirve de base al diagnóstico.

En el *strophulus intertinctus*, las *pápulas* de rojo intenso, situadas comunmente en las mejillas, el antebrazo y dorso de las manos, son notables, porque están entremezcladas de *puntos* ó *placas rojas* mas ó menos extensos, verdaderas *manchas eritematosas* que forman elevacion sobre la piel. En el *S. confertus* la erupcion se extiende y se hace confluente, En el *S. volaticus* existen algunas *placas redondeadas* que se hacen asiento de *pápulas de un rojo intenso*, se desarrollan sobre diversos puntos del cuerpo y desaparecen con rapidez; su duracion es efímera. En el *S. albidus* las *pápulas son mas blancas que el resto de la piel*, además son pequeñas y poco numerosas. Están rodeadas en su base de una *areola roja*. Ocupan sobre todo la cara, el cuello y el pecho. En fin, en el *S. candidus*, mas ampliamente desarrolladas que en la variedad precedente, las *elevaciones no presentan inflamacion en su base*.

En la mayor parte de los casos, cualquiera que sea la forma de la erupcion, el strophulus no se acompaña de movimiento febril á no ser en la variedad *strophulus volaticus*, en la que se observa á veces náuseas y un poco de diarrea.

(1) Amadeo, *loc. cit.*, p. 150.

Como se ve, el *strophulus* es siempre una enfermedad benigna. Su *duracion* varía entre tres ó cuatro dias y uno ó dos setenarios.

Basta para el *diagnóstico* recordar que en la mayoría de los casos el *strophulus* va unido al trabajo de la denticion. Esta circunstancia le hará distinguir de las demás afecciones papulosas, con las que se le podria confundir.

En la mayoría de los casos, el *strophulus* no reclama tratamiento particular. Algunas *lociones con agua templada ó leche*, algunos *baños simples* ó *emolientes* á temperatura suave, bastan por lo comun para hacer desaparecer prontamente la erupcion. En algunos casos se ha modificado ventajosamente el *régimen* alimenticio, dando al niño otra nodriza; pero esta precaucion es rara vez necesaria. El *strophulus* es, segun Bazin, una manifestacion de la escrófula.

ARTÍCULO II.

PRURIGO.

Los antiguos han usado la palabra *prurigo* (derivado de *pruritus*) para designar una multitud de afecciones de la piel cuyo único carácter comun es la comezon que las acompaña. Willan primero, y en seguida Biett, han fijado la significacion aplicándola á una enfermedad esencialmente *papulosa*. En la actualidad está adoptada esta opinion por todos los médicos que se han ocupado de las afecciones cutáneas.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia

El *prurigo* es una enfermedad caracterizada por un prurito mas ó menos extenso y por pápulas mas ó menos anchas, sin cambio de color de la piel, aisladas, distintas y cubiertas accidentalmente de una pequeña costra negra central, que resulta de una gotita de sangre coagulada.

Esta afeccion, que se encuentra tambien designada con los nombres de *pruritus* y de *scabies papuliformis*, es bastante frecuente sobre todo en el estado de mediana intensidad.

§ II.—Causas.

El prurigo ataca á todas las *edades*, pero se encuentra principalmente en la segunda infancia y en los ancianos, y en los *hombres* con mas frecuencia que en las mujeres. La *miseria*, el desaseo y los *escesos* de toda especie, en una palabra, todo lo que ejerce su accion debilitante sobre la economía, es, segun los autores, una condicion favorable al desarrollo del prurigo.

Independientemente de las causas antes expuestas y que son so-

bre todo causas predisponentes, pueden admitirse en el prurigo dos órdenes de causas. Los prurigos por causa interna (*P. constitucionales* de Bazin) pueden referirse á la escrófula, la artritis y el herpes. En cuanto al prurigo por causa externa, depende á veces de la ingestion de algunas sustancias y especialmente del abuso de los alcohólicos (*P. patogenético* de Bazin). Sabida es la frecuencia con que se observa el prurigo en el curso de la ictericia; en cuanto á la explicacion de su modo de formacion, mientras que Hardy la considera como unida á una nevrose cutánea, otros la refieren á la irritacion producida en la piel por el contacto de los elementos biliares, y Bazin, adoptando esta opinion, coloca este prurigo entre los producidos por causa externa. El prurigo llamado *artificial*, cuyo orígen parece ser el que mejor se ha establecido, se observa con frecuencia en los que por su profesion se exponen constantemente al calor intenso (cocineros, fogoneros, fabricantes de cristal), y forma parte de las erupciones sintomáticas de la sarna, sea bajo la sola influencia de la presencia del párasito, ya por la accion puramente mecánica de la uñas; en fin, con frecuencia se observa unido á la existencia de piojos (*prurigo pedicular* de Willan).

§ III.—Síntomas.

Los síntomas se diferencian segun el grado de intensidad, de donde resulta la division de *dos variedades*.

En la *primera* aparecen las *pápulas* pequeñas, bien aisladas y poco prominentes, pero sobre todo la *comezon* que las acompaña es modérada y soportable: este es el *prurigo mitis* de Willan.

En la *segunda*, por el contrario, las *pápulas* son anchas, numerosas y aplastadas, aunque sin embargo son mas salientes que las anteriores. El *prurito* es estremado, aumenta por la tarde, durante la digestion y con el calor de la cama. Los enfermos se rascan con una especie de furor, y comparan las comezones con la sensacion que harian experimentar insectos ú hormigas que royesen la piel. Esta variedad es la que ha recibido por el autor inglés el nombre de *prurigo formicans*. En esta última especie, mucho mas que en la precedente, se observa en el vértice de las pápulas una pequeña *costra* negruzca. Este carácter es muy importante para el diagnóstico, y es debido á un *pequeño rezumamiento de sangre* producida por la accion de las uñas, y coagulada en el vértice de la pápula.

§ IV. Asiento de la enfermedad.

El prurigo puede atacar todas las partes del cuerpo, pero sin embargo se le encuentra mas frecuentemente en el cuello, en el rostro y en los miembros, cuyo asiento de preferencia es la parte externa.

El *prurigo de las partes genitales y el prurigo podicis*, de los que

se han querido hacer dos variedades fundadas únicamente en el sitio, son dos afecciones que no pertenecen al prurigo propiamente dicho, porque carecen del elemento esencial que constituye esta afeccion, es decir, la pápula (1).

Sin embargo, la distincion del prurigo en *erupcion papulosa* y *prurigo sin pápulas* (Devergie), ó *prurigo latente* (Alibert), es eminentemente práctica, y si es verdad que en ciertos casos solo el escaso número, y la exigüidad de las pápulas les dan á conocer, es menester tener presente que pueden faltar hasta por completo, á lo menos momentáneamente.

Cazenave, que ha llamado la atencion sobre este punto (2), las mira como lesiones de la sensibilidad, y las incluye en las *hiperestesias de la piel*. Sin dejar de reconocer la verdad de las aserciones de este médico, diremos aquí algunas palabras acerca de estas dos afecciones, porque no deberemos omitir nada de lo que pueda interesar al práctico.

La escesiva comezon que acompaña al *prurigo de las partes genitales* es su carácter principal; en la mujer y en el hombre, los órganos externos de la generacion se hacen el asiento de una irritacion permanente, sostenida por la accion de rascarse, á la que los enfermos no pueden resistir; los roces repetidos inducen á prácticas vergonzosas, y en algunas mujeres existe una verdadera ninfomanía. Lorry (3) ha dejado descrito un cuadro notable de estos accidentes.

El *prurigo podicis*, que se encuentra mas frecuentemente en el hombre, no se diferencia del precedente sino en el sitio que ocupa; los enfermos experimentan alrededor de los esfínteres una comezon insoportable que se extiende hasta el intestino, les priva del sueño y les sumerje muchas veces en un estado de agitacion y de ansiedad horrorosa.

El prurigo cuya existencia está unida á la presencia del acarus, en los sarnosos, se presenta especialmente en el abdómen, en el dorso del miembro (en el hombre), ó en el contorno del pezon (en la mujer), en las nalgas, en las manos, en la cara externa de los miembros, y nunca por generalizada que sea la erupcion afecta la cara.

El prurigo que acompaña á los piojos se sitúa en la nuca, la espalda, parte anterior del pecho, hombros, brazos, muslos. Las pápulas son raras y diseminadas, entremezcladas de estrias negruzcas y prolongadas producidas por la accion de las uñas. Este prurigo se observa sobre todo en los viejos que viven en la suciedad y en la miseria, de donde viene el nombre de *prurigo senil* que aun le dan los autores, queriendo hacer de él una variedad, pero esta distincion no es fundada, pues que se reconocen casos semejantes en las demás edades de la vida. Además, el prurigo en estos casos no difiere de la

(1) Véase tomo III, PRURITO DE LA VULVA.
(2) Véase Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*, p. 361.
(3) Lorry, *De morbis cutaneis*. París, 1777, in-4, p. 449.

erupcion ordinaria, sino por la presencia de los insectos y la forma de las pápulas, que son en general mas anchas, mas aplastadas y menos numerosas. Segun Alfredo Cazenave (1), á esta forma deben referirse esas descripciones exageradas de prurigo que acompaña al prurigo.

El *prurigo pubis* constituye una variedad importante del prurigo pedicular. El *pediculus pubis*, que favorece su desarrollo, es mas pequeño que el piojo del cuerpo (2), y ocupa por lo comun la base de los pelos que cubren los órganos genitales; se encuentra tambien, aunque con mas rareza, en las axilas, la barba, las cejas, pero nunca en la cabeza. La region afecta se encuentra sembrada de granulaciones rojas y de pápulas sobrepuestas de pequeñas costras sanguíneas. El enfermo experimenta picores muy molestos.

§ V.—Curso, duracion, terminacion.

De cuando en cuando el prurigo se halla aumentado por *exacerbaciones* de intensidad variable; en estas exacerbaciones sobreviene una nueva erupcion de pápulas y se redoblan las comezones. En estas especies de paroxismos los enfermos no se contentan con rascarse con las uñas, sino que recurren muchas veces á cuerpos duros, y se desgarran la piel. Al cabo de cierto tiempo, á causa de estas exacerbaciones, se *altera profundámente el tejido cutáneo*, presenta una *dureza* y un *engrosamiento considerables*. Algunas veces se desarrollan erupciones pustulosas, diviesos y abscesos mezclados con verdaderas cicatrices.

Cuando la afeccion es benigna, puede desaparecer al cabo de dos ó tres setenarios, y entonces hay una *ligera descamacion* en los puntos afectados. Muchas veces, por el contrario, el prurigo tiene una duracion muy larga, y aun algunas veces indefinida.

La curacion, que es la *terminacion* de la enfermedad en un gran número de casos, es á veces imposible de obtener, y en algunos, felizmente muy raros, se ha visto alterarse profundamente la salud, y sucumbir el enfermo al insomnio, á la fiebre y al marasmo.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El prurigo es siempre fácil de reconocer por el carácter del prurito que le acompaña, en la forma, en el color, en la disposicion de sus pápulas y en el sitio que ocupan.

No se le confundirá con el *liquen*, cuyas pápulas son mas pequeñas, aglomeradas, las mas veces rojas é inflamadas, y no cubiertas en su vértice de esta pequeña costra negruzca sanguínea que se ob-

(1) Alfredo Cazenave, *Dictionnaire de méd.* en 30 vol., t. XXVI, 1842, artículo PRÚRIGO.

(2) Monquin-Tandon, *Éléments de zoologie médicale*, 2.ª edicion. Paris, 1862, página 286.—Véase tambien mas adelante cap. VIII, art. ENFERMEDAD PEDICULAR.

serva en el prurigo. Añadamos que el prurito es mucho menos intenso en el liquen.

Las demás afecciones que se acompañan de prurito se distinguirán fácilmente del prurigo por la falta de la pápula que caracteriza á esta última enfermedad. Además, la vesícula y las costras laminosas del *eczema* no se encuentran en el liquen, y las vesículas, los surcos de la *sarna*, el sitio ordinario de esta afeccion y su modo de trasmitirse, son signos que no permitirán confundirle.

Pronóstico.—El prurigo no constituye por sí mismo una enfermedad grave, pero es sumamente incómodo por su tenacidad y los accidentes á que da lugar. Sin embargo, tiene cierta gravedad cuando existe desde mucho tiempo en individuos cuya constitucion está deteriorada por la edad, la miseria y los excesos.

§ VII.—Tratamiento.

Cuando el prurigo afecta á un hombre jóven y robusto, es mediana la erupcion papulosa y el prurito soportable; bastan generalmente algunos *baños frescos*, el uso durante cierto tiempo de *bebidas alcalinas*, un *régimen* suave y la abstinencia de todo excitante para hacer desaparecer la enfermedad. Cuando existe la afeccion en el mas alto grado se añade á los medios precedentes las *emisiones sanguíneas* y el uso de algunos tópicos, de los cuales ya daremos mas adelante á conocer los principales.

El *tratamiento interno* es de mayor importancia cuando el prurigo se desarrolla en sugetos cuya constitucion se halla profundamente debilitada. En estos casos se administran interiormente los *amargos*, los *tónicos*, los *ferruginosos* y el *azufre*, y estos medios serán secundados por un *régimen* fortificante, el uso de las aguas ferruginosas, del *vino calibeado*, etc.

Los *medios locales* se componen de baños, lociones y pomadas. Cazenave cree que á no haber una indicacion especial, no se debe contar mucho con los *baños de salvado*, de *gelatina* ó *almidon;* en una palabra, con todos los *baños emolientes*, y prefiere los *baños alcalinos*, y mas particularmente los *baños sulfurosos*. Por otra parte, insiste en la temperatura de estos baños: «Los *baños calientes* á temperatura elevada, son, dice, los que calman con mas prontitud los enfermos. Los *baños de mar*, las *aguas de Néris*, las *de Plombières*, etc., se aconsejan con ventaja. Lo mismo sucede con los *baños* y *duchas de vapor acuoso* de 30 á 35 grados de Reaumur (1).

Los *baños de sublimado*, las *fumigaciones mercuriales*, se prescriben contra el *prurigo pedicular*.

(1) Para todo este tratamiento hidroterápico consúltese el *Dictionnaire général des eaux minérales et de l'hydrologie médicale*. Paris, 1860, 2 vol. en 8.º

La fumigacion mercurial puede hacerse del modo siguiente:

R. Cinabrio en polvo... 120 gram. | Incienso.............. 80 gram.

Mézclese. Póngase sobre ascuas ó una badila caliente (1).

Langlebert propone practicar las fumigaciones por los siguientes medios imitando los clanos de sahumerio ó las pastillas del Serrallo:

R. Polvo fino de carbon de cisco.	100 gr.	Benjuí pulverizado........	2 gram.
Cinabrio en polvo..........	50	Mucílago de goma tragacanto.	C. S.

Mézclese y divídase en 25 trociscos, que se hacen secar lentamente (2).

Otra fórmula:

R. Cinabrio.............	20 gram.	Sal de nitro.............	40 gramos.
Polvo de malvabisco..	20 gram.	Agua..................	C. S.

Hágase una pasta espesa, y divídase en diez conos, que se hacen secar lentamente (3).

Entre las *lociones*, las preparadas con sustancias alcalinas ocupan el primer lugar; las hechas con *agua de jabon*, *cocimiento de beleño*, producen una incontestable utilidad. En un caso en que la enfermedad habia resistido á muchos medios, y que mucho tiempo hacia ocupaba la parte interna de los muslos y el escroto, empleó Barosh (4) con gran éxito la locion siguiente:

R. Iodo............	75 centígram.	Agua destilada.........	150 gramos.
Ioduro potásico..	40 centígram.		

Disuélvase, y añádase:

Alcohol rectificado..... 30 gramos.

Mézclese exactamente por agitacion.

Se aplican compresas mojadas en este líquido por muchas horas mañana y tarde, y se prescribe cada dia un baño emoliente. Despues de cuatro semanas, el prurigo que contaba cinco años de existencia, desapareció por completo.

En cuanto á las *pomadas* las mas frecuentemente empleadas son las de *borato de sosa* (3 á 4 gramos por 30 de manteca), la *pomada alcanforada* y la de *brea*. Hé aquí la fórmula de esta última:

R. Brea............. 2 á 4 gram. | Manteca................. 30 gram.

Mézclese. Para unturas mañana y tarde.

(1) A. Bouchardat, *Nouveau formulaire magistral*, 11.ª edicion, p. 466.
(2) O. Reveil, *Formulaire des médicaments nouveaux*, 2.ª edicion, p. 346.
(3) O. Reveil, *loc. cit.* id. id.
(4) Véase *Annales des maladies de la peau*, Paris, 1844, t. I, p. 220.

La *pomada de Helmerich* se usa tambien con frecuencia. Algunas fricciones, con ungüento napolitano, triunfan en general del *prurigo púbis*, atacando á la par al parásito, y los fenómenos eruptivos provocados por su picaduro.

Las variedades del prurigo, tales como el *prurigo de las partes genitales* y el *prurigo podicis*, no reclama por lo comun una medicacion especial.

Sin embargo, contra estas y el *eritema intértrigo*, con el que alternan á menudo, han respondido con ventaja haciendo justicia á su reputacion de modificadores resolutivos las disoluciones de nitrato de plata al décimo.

Rayer cita un caso de *prurigo pudendi* en el que las *duchas gelatino-sulfurosas* á 25 grados de Reaumur obtuvieron completo éxito; la enferma tomó 25 duchas de diez á quince minutos, y curó completamente. En otro caso, citado por el mismo autor, las *lociones gelatinosas-sulfurosas*, unidas al uso de la *limonada nítrica*, los *baños templados* y las *emisiones sanguíneas*, triunfaron de un *prurigo podicis* que habia sido refractario á muchos medicamentos, y en particular á las unciones de cerato azufrado.

Estas variedades, que Cazenave coloca en las *hiperestesias de la piel*, que deben, segun este medio, ser sometidas á un tratamiento racional que consiste en el empleo de algunos *antiespasmódicos*, una *higiene serena*, la *abstinencia de todo estimulante*, á cuya cabeza coloca el *pescado de mar*. «He recurrido, dice, con variados resultados, á las *píldoras de Méglin*, al *datura estramonio*, al *sulfato de cobre amoniacal*, etc. En estos últimos tiempos he obtenido muchas veces una notable modificacion por medio del *sulfato de quinina*, continuando durante uno ó dos setenarios, á la dósis de 20 á 50 centígramos. Se le administró con el doble carácter de antiperiódico é *hipostenizante*. Pero sobre todo con ayuda de las *preparaciones arsenicales*, de la *solucion de Pearson*, el *licor de Fowler* (1), es con los que se han obtenido los mejores resultados, no sólo en las hiperestesias de la piel sin erupcion, sino en el prurigo, y sobre todo en las formas crónicas del liquen, tan rebeldes como graves.»

CAPÍTULO VI.

FORMAS ESCAMOSAS.

Estas formas se reconocen «por láminas ó placas de epidermis alterado, desecado ó blanco mate, que despues de su caida no tardan en reproducirse; la piel que está por debajo está siempre mas ó me-

(1) Véase, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1844, t. IX, p. 1827.

nos inflamada. Las escamas son precedidas de manchas rojas ó elevaciones papulosas, cuyo vértice se cubre de una pequeña escama (1).»

ARTÍCULO PRIMERO.

SORIASIS.

Este nombre se empleaba por los antiguos para designar tanto los herpes húmedos cuanto los secos, el nombre *soriasis* se ha consagrado definitivamente por Willan y Biett á una afeccion escamosa de la piel.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

El soriasis es una afeccion de la piel caracterizada en el *período de estado* por la *presencia de escamas* epidérmicas, secas, laminosas, espesas, presentando unas veces un color blanco sucio, y otras argentino ó nacarado, imbricadas unas sobre otras, constituyendo placas escamosas de forma y extension variables, muy adherentes á la piel y recubriendo una superficie engruesada, cuyo rubor, generalmente oscuro, *recrudece* un poco el color cobrizo especial de las *sifílides*.

Mencionada mejor que descrita por algunos autores, bajo el nombre de *psora* y de *scabides sicca*, el soriasis se ha designado tambien con los nombres de *herpes seco*, *herpes escamoso*. Alibert le dió la denominacion de *herpes escamoso liquenóides* ó *herpes furfúreos*.

La frecuencia de soriasis es grande. Segun una observacion hecha por Marcel, esta enfermedad entra por un octavo en la totalidad de los casos admitidos en la visita de Devergie.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—Segun Cazenave (2), que ha estudiado comparativamente la etiología del soriasis y la de la *lepra vulgar* (que describiremos mas adelante como una simple variedad de forma del soriasis), uno y otro aparecen en todas las *edades*, pero en diversas proporciones; así es que es raro ver una erupcion escamosa manifestarse por la primera vez cerca de los cincuenta años. Es mas frecuente observarla en la infancia, pero su mayor frecuencia es de quince á veinticinco años. De cincuenta enfermos, el soriasis y la lepra vúlgar se observó veintitres veces de quince á veinte años; veinte veces de veinte á treinta; cinco veces de treinta á cuarenta; dos

(1) Rayer *Traité théorique et pratique des malad. de la peau*. Paris, 1835, t. II, página 110.

(2) Cazenave, *Annales des maladies de la peau*. Paris, 1844, t. I, p. 133.

veces pasando de cuarenta años. Además, el soriasis se encuentra con frecuencia en los viejos.

El *sexo* no parece tener influencia en el desarrollo del soriasis; y lo mismo sucede en las *estaciones*; segun los autores, parece que predispone el *temperamento linfático*.

2.° *Causas ocasionales*.—El soriasis no es *contagioso*. En cierto número de casos, se atribuye su aparicion ó la recidiva del soriasis al uso de *ciertos alimentos*, á las *bebidas alcohólicas*, á los *errores del régimen*, á las *emociones morales*; en fin, Cazenave ha observado algunos casos en los que la *humedad* pareció presentar una influencia evidente. Este autor ha reconocido tambien influencia en la *herencia* (seis veces de cincuenta casos), otras seis veces pareció determinada la afeccion por influencias accidentales capaces de modificar profundamente la piel, por la viruela, ó por las fiebres intermitentes. Tres veces se ha atribuido á la embriaguez, siete veces á la humedad, ventiocho veces fué imposible encontrar una causa ocasional probable.

Es necesario, con Cazenave, invocar un estado particular de la piel, estado que puede ser hereditario ó adquirido, y cuyas causas reales son tambien desconocidas. Estas son las que Bazin y Hardy han investigado; de estos autores, uno cree haber encontrado la única causa del soriasis en la *diatesis herpética*, miéntras que el primero reconoce en esta afeccion cutánea dos órdenes de causas: «el *soriasis de causa externa* es debido al frote de los tegumentos con sustancias irritantes (sea que esté situado en la rótula, en las personas que permanecen largo tiempo de rodillas, ya ocupe la cara dorsal de las articulaciones de las falanges en ciertos artesanos, etc., es siempre fácil de reconocer por la localizacion de la afeccion, el aspecto de las escamas, los antecedente, etc. (1). El *soriasis de causa interna* es *artrítico* ó *herpético*, y cada una de estas dos especies secundarias comprende variedades; mientras que el soriasis *escarlatiniforme* y el *nummular* solo pertenecen á la artritis, todas las variedades de sitio llamadas, *soriasis capitis*, *unguium*, etc., son comunes á los soriasis artrítico y herpético; pero mientras que en el *soriasis artrítico la afeccion está limitada á cada una de estas regiones*, en la mayor parte de los casos *ocupa simultáneamente otras partes del cuerpo cuando es herpética*.

§ III.—Síntomas.

El soriasis puede ir precedido de fenómenos, llamados precursores, y aun de una erupcion de idéntica naturaleza ó diferente; pero lo mas comun es su aparicion repentina. Comienza por elevaciones papulosas, de dimensiones y formas variadas, que se cubren de escamas, cuya agrupacion y colocacion dan á la erupcion formas varia-

(1) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 402.

das que pueden referirse á muchos tipos principales, muy bien descritos, y de los que daremos mas adelante un minucioso detalle. Como quiera que sea, importa conocer en todos los soriasis la conclusion de los elementos sintomatológicos.

La elevacion de la mancha soriásica sobre las partes imediatas es en general mas marcada en el centro, aunque algunas veces suceda lo contrario, depende del engruesamiento pronunciado de la piel, que sobre todo se observa á la par de algunas grietas en el soriasis antiguo y que recidiva muchas veces.

En cuanto al color rojo de las elevaciones papulosas del soriasis, se puede demostrar su existencia, bajo los diversos aspectos que puede presentar, notablemente en el contorno de las placas ó al nivel de las fisuras, que algunas escamas dejan entre sí; por lo comun no es visible cuando la enfermedad se presenta con la forma de una erupcion completa, á menos que se hayan elevado artificialmente algunas escamas.

Estas se presentan con los caractéres que hemos expuesto ya en la definicion; se parecen á veces á las gotas desprendidas de una bujía ardiendo, ó bien imbricadas unas sobre otras, tomando el aspecto de placas de yeso; son secas, laminosas, gruesas, blancas, sucias, como agrisadas, y otras veces argentinas y nacaradas. Su adherencia á la piel es en general muy pronunciada, dando lugar á veces su abulsion á la salida de algunas gotas de sangre, mientras que en otros casos se desprenden con facilidad, cayendo en la cama del enfermo en gran cantidad. Con frecuencia la superficie adherente de la escama presenta elevaciones y depresiones correspondientes á las eminencias papilares y á sus intervalos. Debajo de ellas, en el soriasis agudo, se observa pus ó serosidad purulenta (Bazin); generalmente están formadas por la reunion de láminas epidérmicas mas ó menos numerosas.

Las escamas del soriasis pueden además desaparecer rápidamente, ya porque situadas en una *piel muy fina*, desprendiéndose con facilidad, ya porque los enfermos, queriendo ocultar su afeccion, tienen el cuidado de desprenderlas. De este modo puede incurrirse en error; y el soriasis de la cara no ser tan raro como creen algunos autores (Bazin).

El sitio del soriasis produce perturbacion en algunas funciones, en cuanto al dolor, mientras que, segun Devergie (en el soriasis simple) no hay comezon ni sensacion alguna incómoda (1), á no ser en el soriasis plantar y palmar, y en el situado en los puntos de flexion que determinen hendiduras dolorosas; vemos declarar á Hardy (2), que entre los enfermos asistidos en dos salas «no hay uno solo que no se queje de comezon que existe siempre en grados diversos.» En fin,

(1) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 3.ª ed., p. 371.
(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1.ª parte, 2.ª ed., p. 103 y 104.

para Bazin el soriasis presenta verdadero prurito cuando es de naturaleza herpética, y va acompañada de punzadas y de latidos cuando es de orígen artrítico.

Expondremos, sin embargo, las variedades de forma y de sitio que puede presentar el soriasis.

Variedades de forma.—1.° *Soriasis punctata* y *guttata.*—La primera de estas dos variedades está caracterizada por pequeñas elevaciones papulosas que se recubren de escamas, á veces hay pequeñas (*soriasis punctata*); en la segunda comienza por pequeños puntos rojos, distintos, salientes, que muy pronto se cubren en el centro de una *ligera* escama seca y blanca. Estos puntos se ensanchan, pero no sobrepasan la dimension de un centímetro, se extienden sobre grandes superficies; aisladas, discretas, presentan una pequeña escama de un blanco generalmente brillante, parecen gotas de cera caidas sobre la superficie cutánea, y de aquí el nombre de *guttata*. Esta variedad, que generalmente se encuentra en la parte posterior del tronco y en la cara externa de los miembros, va acompañada por lo comun de un poco de prurito.

2.° *Soriasis gyrata.*—En algunos casos raros las pequeñas placas del soriasis guttata se unen y aproximan de modo que afectan formas mas ó menos extrañas como en espirales: esta es la *soriasis gyrata* de los autores. Cazenave cita un caso en que la erupcion presentaba en la region epigástrica un ocho de guarismo perfectamente regular.

3.° *Soriasis circinado ó lepra vulgar* (*herpes furfuráceo redondeado*; *herpes furfúreo circinado* de Alibert).—Esta forma de afeccion escamosa de la piel, cuya descripcion se ha separado por mucho tiempo de la del soriasis, solo se toma hoy como una variedad de forma de esta afeccion, variedad que importa mucho conocer bien. Está caracterizada por placas escamosas redondeadas con el centro sano ó deprimido, de bordes elevados y cubiertos de pequeñas escamas finas, secas y blancos brillantes.

La lepra comienza por *pequeños puntos rojos* salientes y cubiertos pronto de una escama muy ligera que solo se extiende primero á toda la elevacion que cubre; esta pequeña elevacion se deprime y atiende, despues se redondea á la par que el centro se deprime y cura. De este proceso excéntrico resulta un *disco regular* de variable dimension, midiendo generalmente el diámetro de una pieza de dos pesetas.

Con frecuencia no presentan los discos esta regularidad; las placas describen círculos incompletos, segmentos de círculo, otras veces ocho de guarismo; otras forman una herradura; otras veces son irregulares y afectan figuras geométricas; un enfermo de Hardy (1)

(1) Hardy, *loc. cit.*, p. 107. París, 1860.

presentaba «perfectamente dibujado en la espalda el mapa de la Gran Bretaña con la Escocia al Norte y la Inglaterra debajo.»

Los *discos leprosos* tienen bordes salientes, están cubiertos de pequeñas escamas, secas, blancas, adherentes, quebradas desigualmente alrededor del anillo, cayendo y renovándose sin cesar. Son rojos cuando están despojados de sus escamas. El *centro está sano* y la erupcion no va acompañada de ninguna humedad sin flujo.

Cuando los discos alcanzan cierta dimension, la enfermedad queda estacionaria ó desaparece espontáneamente, pero con mas frecuencia merced á un tratamiento apropiado. En ciertos casos, cuando la erupcion es antigua y se ha hecho confluente, por decirlo así, cuando los discos están aglomerados en contorno de una articulacion, se ve á la lepra revestir la forma grave descrita mas adelante con el nombre de *soriasis inveterata*, y dar lugar á fenómenos semejantes.

A veces presenta la lepra, sobre todo en los niños y en las personas rubias de piel fina, *placas exactamente redondeadas*, cubiertas de *escamas de un blanco brillante*; es la variedad llamada por Willan *lepra alphoides*. En ciertos casos la erupcion, conservando sus caractéres habituales, *las escamas adquieren una coloracion negruzca*; esta es la *lepra nigricans* del mismo autor. Cuando la enfermedad camina á la curacion, los bordes, una vez despojados de sus escamas, se recubren lentamente, se aplanan, el disco hace lo mismo, y á partir de este momento la placa desaparece, dejando en su centro una ligera señal que termina por desaparecer por completo.

La lepra puede durante años enteros quedar estacionaria, los anillos quedan igual y las escamas caen y se renuevan sin cesar, solo que se ponen secas, harinosas y las superficies que recubren son mas ó menos elevadas. En este caso la erupcion es mas extensa por lo comun.

No es raro ver la lepra desaparecer regularmente en la proximidad de una excitacion, para manifestarse de nuevo en la vuelta de otra.

La erupcion puede ser *general ó limitada á puntos circunscritos*. Aun cuando sean muy extensa la cara y la palma de las manos están casi siempre exentos; en caso contrario, en las regiones articulares tiene mas generalmente su asiento.

4.° *Soriasis escarlatiniforme.*—«Esta variedad, de naturaleza artrítica, se desarrolla en la mayoría de los casos, simultáneamente en la planta de los piés y la palma de las manos, en la raíz de los cabellos y en los órganos genitales, sin embargo, puede ocupar solamente una de estas regiones. Está caracterizado por una sensacion de tension y de quemadura al nivel de las partes enfermas, por una descamacion, que se verifica por anchas placas epidérmicas, análogas á las de la escarlatina, por un engruesamiento y un rubor escarlatinoso de los tegumentos subyacentes á las escamas; en fin, cuando la afeccion situada en la palma de las manos y en la planta de los piés,



por fisuras profundas, de las que fluye una serosidad plástica que se concreta bajo la forma de costras, así, como por la semiflexion de los dedos y las falanges. Esta forma de soriasis es bastante rara. (Bazin).»

5.° *Soriasis nummular*.—«Esta variedad, que como la precedente, es de naturaleza artrítica, ocupa casi las mismas regiones; está caracterizada por placas rojas, redondeadas y cubiertas de escamas, que no presentan nunca el color blanco plateado, la secura notable de las escamas de la soriasis herpética, pero presenta una humedad debida á una secrecion intermitente de las superficies enfermas, de donde resulta que es á veces difícil decidir si se tiene ante la vista un eczema ó un soriasis (Bazin).»

6.° *Soriasis diffusa*.—En esta forma, que es la mas comun, el soriasis comienza por superficies mas ó menos anchas, irregulares, que se hacen muy pronto rugosas, secas, y se convierten en *escamas*. Estas son delgadas, agrisadas, adherentes, y se caen con lentitud. Si se las desprende, se encuentra la superficie subyacente un poco roja, pero de coloracion baja, plegada, bien pronto gris, despues seca, y por último callosa de nuevo.

El *soriasis diffuso* puede presentarse en una porcion de puntos á la par; á veces es *general*. Su asiento de predileccion son los miembros, especialmente las inmediaciones de las articulaciones, los codos y las rodillas. En algunos casos, bastante raros, la enfermedad consiste solamente en un pequeño número de placas, en otros se invade una gran superficie; un miembro entero, por ejemplo.

7.° *Soriasis inveterada*.—En ciertos casos la enfermedad hace lentos progresos, pero contínuos; las escamas se hacen mas secas y abundantes; la *piel* que las cubre se engruesa y abre en todos sentidos. Los surcos que resultan son tan aproximados que solo se perciben entre algunas escamas, presentando un *polvo farináceo* que se desprende en gran abundancia y se reproduce rápidamente.

Llegado á este grado, el soriasis da á la piel que invade un aspecto particular. Su superficie parece una masa escamosa; es una cubierta, un estuche rugoso, espeso, desigual profundamente surcado, y que á veces encierra un miembro entero.

Los menores movimientos producen *desgarraduras con efusion de sangre*. En estos casos se observa en las uñas una profunda alteracion, se hacen quebradizas, blandas, amarillentas, se doblan ó se rompen y se caen. Son reemplazadas por pequeñas masas escamosas completamente informes. Este fenómeno, que se produce sobre todo cuando la enfermedad ocupa la extremidad de los dedos, puede tambien sobrevenir cuando tiene su asiento entre punto distante.

Entonces los enfermos se ven atormentados de *comezon insoportable*, que se aumenta con el calor de la cama, el trabajo de la digestion y los cambios atmosféricos.

Variedades de sitio.—Independientemente de los sitios de predileccion en que se desarrolla la soriasis, tales como los miembros y las

indicaciones de las articulaciones, hay ciertas partes del cuerpo en que puede presentarse y permanecer limitada y en donde toma una fisonomía particular en razon del sitio que ocupa.

Aunque es frecuente ver á la soriasis ordinaria afectar todo el cuerpo, generalmente las rodillas y los codos y con frecuencia la invasion de la enfermedad se encuentra limitada á estas dos regiones.

La *soriasis palmar* es una variedad muy comun, y como lo indica su nombre, ocupa la palma de la mano. La afeccion empieza por un punto ordinariamente muy pequeño, sigue una mancha escéntrica invadiendo capa por capa una extension mayor ó menor, y la piel se resquebraja y se cubre de grietas profundas, sobre todo en la cara interna de los dedos, que adquieren cierta rigidez. Al mismo tiempo hay un calor y una comezon mas ó menos intensa. Las escamas delgadas y blancas son muy extensas y mas aparentes en la circunferencia; el centro, en donde son raras, mas pequeñas y mas adherentes, está las mas veces rojo, duro y engrosado.

En estos casos es cuando las uñas concluyen por alterarse y experimentar las modificaciones que hemos indicado al hablar de la *soriasis inveterata*. No obstante, añadiremos que por lo comun existe la afeccion en un grado menos intenso; las uñas tan solo se deslustran y ponen desiguales y rugosas, á veces están como manchadas ó con puntitos semejantes á picaduras hasta que se declara la mejoría, pues entonces se las ve reproducirse por la raíz, lisas y de color rojizo.

En el *prepucio* determina la soriasis un engrosamiento notable, grietas y una estrechez que acarrea todos los accidentes del fimosis.

En los *labios* forma un círculo escamoso, y da á la boca un aspecto fruncido muy notable. Por efecto de las contracciones del orbicular se forman una porcion de grietas radiadas.

La soriasis limitada á los *párpados* se manifiesta en ellos por escamas ligeras, que al cabo de algun tiempo apenas se reponen y dejan en pos de sí elevaciones papulosas, anchas, secas, poco rojas y acompañadas por lo comun de una tumefaccion como edematosa. Á veces el prurito es muy fuerte, y otras los movimientos de los párpados, que se han hecho muy difíciles, constituyen un obstáculo manifiesto á la vision, y producen oftalmías que pueden comprometer el ojo.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la soriasis, cualquiera que sea su forma, es en general lento, y la falta de todo síntoma agudo durante su desarrollo es un carácter que merece notarse; sin embargo, hay á veces sus excepciones respecto á esto, como lo advierte Cazenave. Este autor ha observado ciertos casos en que se han irritado de pronto las placas, se han puesto calientes y la piel tumefacta, y en seguida ha apare-

cido una erupcion como confluente de nuevas placas, con dolor vivo, calor intenso, fenómenos generales, movimiento febril, etc. Esta especie de crísis termina al cabo de algunos dias, y á veces tarda muchas semanas en volver la enfermedad á su estado primitivo. Si la inflamacion es mas intensa, puede formarse sobre las placas una *exudacion serosa* que desprende las escamas, de lo cual ha visto Cazenave un ejemplo notable.

Hay casos en que este paso al estado agudo no es accidental, sino que ocurre *periódicamente;* pero esto se observa muy raras veces.

La *duracion* de la soriasis es siempre larga y varía de algunos meses á muchos años, y ciertos sugetos conservan esta afeccion por toda su vida.

La *soriasis guttata*, cuya duracion es generalmente menos larga que la de las demás especies, *termina* por resolucion: las elevaciones disminuyen, se hacen mas delgadas las escamas que cubren, luego cesan de reproducirse, y por último dejan al descubierto superficies rojizas que con el tiempo vuelven á tomar su color normal. A veces desaparece esta especie de soriasis en medio de una erupcion nueva de *soriasis diffusa*.

Esta *soriasis diffusa*, despues de haber permanecido por mucho tiempo estacionaria y fija en una region ó en un miembro, termina por la curacion. En este caso dejan de reproducirse las escamas, y la piel queda por mucho tiempo un poco áspera y como curtida, hasta que despues de mucho tiempo llega á recobrar su color normal.

La *soriasis inveterata*, que persiste por lo comun de un modo indefinido, constituye en cierto número de casos la terminacion de la soriasis simple.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Por lo general es fácil reconocer la soriasis, pues la existencia de escamas duras, secas y de color blanco, que cambia, segun se le mira, es un carácter que impide que se la confunda con ciertos casos de afecciones vesiculosas que llegan al estado escamoso. Así en el *eczema crónico* son hojillas blandas, delgadas, de un color blanco amarillento, de una consistencia desigual y que cubren superficies mas ó menos húmedas; y por otra parte, en la soriasis la piel que cubre la escama presenta cierta elevacion, y es notable algunas veces la erupcion por la falta de todo síntoma agudo.

Pronóstico.—La soriasis no es una enfermedad absolutamente grave, pero como es una de las afecciones de la piel mas rebelde y mas espuesta á reproducirse, no deberá perder nunca de vista el médico esta consideracion importante. Debe recordar tambien que ciertas variedades de soriasis, quizá por razon de su asiento, persisten con una tenacidad que desespera al médico; tales son, por ejemplo, las que residen en los labios, en el prepucio ó en las palmas de las manos.

Aun existiendo la soriasis bajo su forma mas grave, puede durar cierto número de años sin alterar la salud de un modo notable.

Se han propuesto una porcion de medios para la curacion de la soriasis.

§ VI.—Tratamiento.

El *olmo piramidal* elogiado por el doctor Lesoni, el *extracto acuoso de eléboro blanco* á la dósis de 10 á 20 centígramos, diversas preparaciones en que entran el *ranúnculo*, el *rhus radicans*, etc.

1.° *Medicacion externa.*—Los principales agentes de que se compone la medicacion externa son las pomadas, las lociones y los baños.

Pomadas.—Se han propuesto un gran número de pomadas, tales como las *sulfurosas*, las *alcalinas*, las *mercuriales*, etc., cuyas fórmulas hallará el lector en los artículos anteriores.

La pomada de *ioduro de azufre*, introducida por Biett en la terapéutica de las afecciones cutáneas, se compone del modo siguiente:

R. Ioduro de azufre... 1 á 1,50 gram. | Manteca purificada........... 32 gram.

Mézclese. Se usa en fricciones mañana y noche.

Biett y Cazenave, que son los que con mas frecuencia han usado esta pomada, dicen que han obtenido excelentes resultados de su aplicacion; pero las mas veces, segun este último autor, la han usado como auxiliar de un tratamiento interno. No obstante, en algunos casos se ha debido la curacion al uso exclusivo de la pomada.

Por lo comun con la pomada de ioduro de azufre solo se ataca la erupcion de un modo sucesivo, es decir, que hasta que desaparece en una region no se empiezan á dar fricciones en otro punto. «Respecto á esto, dice Cazenave, he observado muchas veces un hecho bastante notable, y es que á beneficio de las fricciones hechas sobre un punto limitado, por ejemplo, un miembro, con la pomada de ioduro de azufre, la erupcion camina sensiblemente á la resolucion, no tan solo en las partes friccionadas, sino tambien en los sitios donde aun no se habia aplicado la pomada. Cualquiera que sea la explicacion con que se dé de este hecho, merece notarse.

La *pomada de brea*, que Emery usa con abundancia en el tratamiento de la soriasis, se compone, segun este autor, del modo siguiente:

R. Brea.................... 4 gram. | Manteca.................... 32 gram.

Con esta pomada se dan grandes fricciones dos veces al dia en todos los puntos que ocupa la erupcion, usando de cuando en cuando un baño alcalino ó de vapor para limpiar la piel y ayudar la accion del tratamiento.

En un gran número de casos ha dado testimonio de la eficacia de la pomada de brea la desaparicion rápida de la erupcion; respecto á lo cual no cabe la menor duda. Sin embargo, el uso de este medio tiene algunos inconvenientes de que interesa estar prevenido. El olor de la brea y los efectos de la pomada sobre las ropas hacen difícil su aplicacion, especialmente cuando la enfermedad ocupa grandes superficies.

Emery habia ensayado en estos últimos tiempos reemplazar la brea con la *naftalina;* pero su olor todavía mas desagradable, su accion demasiado irritante y sus resultados menos favorables, le han hecho renunciar á ella para volver á la primera de estas dos sustancias.

Veamos ahora cómo este práctico dirige el tratamiento en que entran mas medios que la pomada de brea (1).

Antes de empezar las fricciones con la pomada de brea hace tómar un baño al enfermo, y le dispone fricciones ligeras con esta pomada en el momento de salir, repitiendo esta medicacion tres veces al dia. Pasados dos ó tres dias se aumenta la dósis de la pomada y la actividad de la friccion. De los tres á los siete dias, los enfermos tienen siempre aplicada la pomada, y cuando la afeccion es antigua se cubren las grandes placas con compresas, sobre las que se ha extendido una capa de pomada de brea de una línea de grueso. Los enfermos se bañan en agua tibia una ó dos veces á la semana. Rara vez se ve obligado el médico á suspender este tratamiento, pues solo sucede esto en los sugetos que tienen la piel muy impresionable, y en los en que se desarrollan algunas pústulas de impétigo ó diviesos pequeños; pero aun á pesar de esto suelen continuar el tratamiento. Apenas han trascurrido diez dias cuando se percibe que la soriasis ha perdido las escamas y un círculo blanquecino que las circunscribe, y que se va extendiendo de la circunferencia al centro. Este es el anuncio de la declinacion de la enfermedad, que por lo regular desaparece en dos ó tres meses, sin que el enfermo haya experimentado alteracion en la salud. En la *lepra vulgar* empieza á desprenderse el centro, y los anillos que forman la cadena redondeada se separan y se conducen luego lo mismo que las placas de soriasis.

Resulta de lo que precede que ciertas pomadas, y particularmente las de *brea* y de *ioduro de azufre*, tienen una accion innegable en la desaparicion de la erupcion escamosa. Cazenave, cuya experiencia respecto á este punto es de gran peso, ha formulado su opinion del modo siguiente: «En las afecciones recientes y poco extensas se puede intentar y esperar la curacion por este tratamiento externo; pero en las erupciones muy estendidas, en las formas inveteradas, solo se

(1) Emery, *Un dernier mot sur les diverses psoriasis, la lèpre vulgaire, et leur traitement* (*Bull. gén. de thérap.*, Junio de 1849).

debe contar con él como auxiliar, y conviene asociarle á un tratamiento interno mas ó menos activo.»

Se emplea hoy de preferencia como agente local el aceite de enebro:

℞. Aceite de enebro....... 1 gram.	Manteca..................... 49 gram.

Se hacen pomadas al 40°, al 30°, al 10° y á partes iguales.

Se han recomendado especialmente algunos medios como habiéndose empleado con éxito en el tratamiento de la lepra vulgar ó soriasis circinado (1). De este modo se han aconsejado las fricciones con pomada de calomelanos (4 gramos por 30 de manteca) á la dósis de 4 y aun de 15 gramos al dia, diciendo Rayer que ha obtenido gran número de curaciones.

Lociones.—Rara vez se emplean como único medio del tratamiento; por lo comun solo se usan como auxiliares mas ó menos útiles, y generalmente en los casos en que la erupcion ocupa un sitio muy limitado.

Se han propuesto lociones de toda especie, *sulfurosas*, *emolientes*, *narcóticas*, *mercuriales*, *alcalinas*, etc. Estas últimas son las que se usan con mas frecuencia, y Cazenave dice que pueden prescribirse sin inconveniente segun esta fórmula:

R. Carbonato de potasa.. 4 á 8 gram.	Agua de rosas........... 500 gram.

No multiplicaremos estas fórmulas de que se hallarán ejemplos en los artículos anteriores.

Baños.—Todos los autores convienen en la utilidad de los baños en el tratamiento de la soriasis, y entre estos baños se han empleado y elogiado en esta enfermedad los que hemos indicado al hablar de las diferentes afecciones cutáneas. Sin embargo, no todos tienen el mismo grado de eficacia, y así vamos á exponer algunas consideraciones que podrán guiarnos en el uso de los principales de ellos.

Los baños *emolientes* simples ó poco activos apenas se usan mas que accidentalmente: son útiles para disminuir la accion demasiado enérgica del tratamiento ó calmar el estado agudo que presenta á veces la soriasis.

Se han ponderado mucho los *baños de sublimado*, y aun en estos últimos tiempos se les ha supuesto una grande eficacia. Biett y Cazenave han emprendido una série de experimentos acerca del uso de este medio, y no han podido obtener un solo caso de curacion. Los resultados publicados por estos dos observadores, sin destruir completamente la idea favorable que puede haberse formado de los baños de sublimado en el tratamiento de la soriasis, merecen tomarse muy

(1) A. Hardy, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1849, t. XIV, p. 114.

en consideracion. Por mi parte, habiendo tenido en mi sala en el anejo del Hôtel Dieu un enfermo con soriasis inveterada limitada á los codos, he observado la siguiente:

Le hice tomar todos los dias un baño compuesto de

R. Deutocloruro de mercurio........... 30 gram.

Se disuelve en

Alcohol........................... 100 gram.

Se echa la solucion en el agua del baño.

Despues de los primeros baños se desprendieron las escamas y no se han reproducido, y la piel recobró su aspecto natural en muchos puntos; pero quedó cierto número de placas que se han modificado muy poco, y á pesar de haber continuado el tratamiento durante cuatro semanas no produjo ya ningun efecto.

No sucede lo mismo con los *baños alcalinos*, pues Cazenave los ha visto á veces obtener por sí solos una curacion segura en las formas poco graves, y así les atribuye, con Biett, una utilidad incontestable, y los administra en la proporcion de 125 á 250 gramos *de subcarbonato de potasa* para un baño.

Rayer, Cazenave, etc., creen que los *baños de vapor* acuoso á la temperatura de treinta y dos á treinta y cinco grados de Reaumur, tienen una superioridad incontestable. Los *chorros de vapor* son especialmente eficaces cuando la soriasis ocupa solo una superficie limitada. «En los adultos, dice Rayer, se usan con ventaja los chorros y los baños de vapor, y alternando su uso con el de los baños *sulfurosos*, se ha logrado á veces curar en el espacio de tres ó cuatro meses soriasis confluentes poco inflamadas.»

Los *baños de mar* han sido con frecuencia útiles, y Bateman dice, hablando de la soriasis palmar, que estos baños continuados por espacio de muchas semanas han sido un remedio eficaz.

Cauterizacion.—Este medio, que solo obra cuando destruye mas ó menos profundamente los tejidos, se usa muy poco en la actualidad. Cazenave, que indica sus inconvenientes y que ha observado accidentes graves á consecuencia de su uso, le prescribe y con razon en la terapéutica de las afecciones escamosas.

En los casos en que las placas de la lepra vulgar son muy numerosas y antiguas, Rayer recomienda cubrirlas sucesivamente de *pequeños vejigatorios volantes* ó *cauterizar* superficialmente con una solucion de *ácido clorhídrico* ó *nitrato ácido de mercurio* dilatado.

1.° *Medicacion interna.*—Esta es la que ofrece medios verdaderamente eficaces contra la soriasis, y segun Cazenave, la única que es capaz de obtener en la generalidad de los casos una curacion sólida y durable. Entre estos agentes indicaremos los purgantes, los sudoríficos, los antimoniales, los sulfurosos, la tintura de cantáridas y

las preparaciones arsenicales, é insistiremos en cada uno de ellos segun el grado de importancia de su uso.

Purgantes.—Apenas se cuenta hoy con la eficacia de los purgantes en el tratamiento de las afecciones escamosas. Su uso, que se conoce con el nombre de *método de Hamilton*, consiste en administrar todos los dias y durante muchos meses 15 *gramos de sal de Epson*, ú 8 *gramos subcarbonato de potasa*, ó bien de 15 á 20 *centigramos de calomelanos y resina de jalapa* á fin de obtener muchas evacuaciones alvinas. Esta práctica, segun Rayer, parece especialmente aplicable á la soriasis de la cara y de la piel del cráneo.

Sulfurosos.—Se los administra especialmente en la soriasis guttata, cuando la enfermedad es reciente y los sugetos son jóvenes y de piel blanca é irritable. Se dan al interior las aguas minerales de *Aguas buenas*, las de *Enghen*, etc., cuyo efecto se secunda poderosamente prescribiendo al mismo tiempo *dos ó tres baños sulfurosos por semana*. Pero fuera de las condiciones que acabamos de indicar, tampoco debe esperarse mucho de los sulfurosos, porque la experiencia ha probado que no producirian resultados.

Sudoríficos.—Los que Cazenave usa con mas frecuencia son un cocimiento de *china* ó de *zarzaparilla*, á la que manda añadir una corta cantidad de *dafne mezereon*, segun la fórmula siguiente:

R. Zarzaparrilla......... 45 gram. | Agua.................... 1250 gram.

Se hace hervir hasta que se reduzca una tercera parte, y se añade en los últimos diez minutos de la ebullicion:

Dafne............................ 1 gram.

Se filtra y se dulcifica con el jarabe de china. Se toman tres vasos al dia.

El *cocimiento de Zittmann* no ha obtenido, usado por Cazenave, los buenos resultados que están conformes los autores alemanes en atribuirle. Los experimentos que este autor ha emprendido (1) deben inspirar cierta reserva en la confianza que se debe conceder á este medicamento. Por lo demás, hé aquí su fórmula y el modo de usarle:

Cocimiento de Zittmann.

NÚM. 1.

R. Zarzaparrilla........... 375 gram. | Agua................. 12 kilógram.

Se hace hervir durante dos horas y se suspende en el líquido una muñeca de lienzo que contenga:

Sulfato de alúmina.......... 45 gram. | Sulfuro de mercurio......... 4 gram.
Mercurio dulce.............. 15 gram. |

Se añade hácia el fin de la ebullicion:

(1) Alfredo Cazenave, *Anales des maladies de la peau*, t. I, p. 51, 110.

Regaliz....................	45 gram.	Semillas de anís..............	15 gram.
Hojas de sen................	64 gram.		

Se retira del fuego, se deja infundir y luego se cuela para obtener 8 kilógramos del cocimiento núm. 1.

NÚM. 2.

R. Resíduo del primer cocimiento.		Agua..................	12 kilógram.
Raíz de zarzaparrilla...	190 gram.		

Se hacen hervir durante dos horas y se añade al fin:

R. Cáscara de limon.....	aa 12 gram.	Cardamono menor..........	12 gram.
Canela..............		Regaliz.....................	24 gram.

Se deja infundir durante una hora, y se cuela para obtener otros 8 kilógramos del cocimiento núm. 2.

Para empezar el tratamiento, toma el enfermo la víspera seis píldoras purgantes. Cazenave dispone las siguientes:

R. Jalapa................	60 centígr.	Acíbar......................	1 gram.
Gutagamba............	15 centígr.		

Para seis píldoras.

Al dia siguiente empieza el enfermo á usar el cocimiento de la manera siguiente:

1.° Por la mañana temprano toma media botella del cocimiento número 1, á vasos, de media en media hora, permaneciendo el enfermo en la cama.

2.° Al medio dia, una botella entera del núm. 2, á vasos tambien, de media en media hora.

3.° Por la tarde vuelve á tomar el enfermo, tres horas despues de haber comido y á vasos, el resto de la botella del núm. 1.

Se continúa tomando este cocimiento durante veinte ó veinticinco dias.

En Alemania se exige que durante el tratamiento se reduzca extrictamente la cantidad de alimentos de 200 á 250 gramos, y que los enfermos permanezcan contínuamente en una temperatura elevada é igual. Estas condiciones, que no siempre pueden reunirse, no deben sin embargo, descuidarse si se quieren obtener del medicamento los buenos resultados que, segun muchos autores, se pueden esperar.

Entre los *antimoniales*, hay uno que usa á veces Cazenave, y son *píldoras de Plummer*, que administra por su accion purgante y su efecto sudorífico. Hemos creido oportuno reproducir aquí la fórmula, aun cuando ya la hemos dado en el artículo *Herpes*, porque el modo de administrarla en los casos de soriasis tiene cierta importancia.

Píldoras de Plummer.

R. Azufre dorado de antimonio............ Protocloruro mercurio	aa 12 gram.	Zumo depurado de regaliz......	8 gram.
		Mucílago de goma arábiga....	C. S.

Se hace una masa que se divide en píldoras de 30 centígramos. Se da de una á dos por dia.

Debe continuarse, si es posible, el uso de estas píldoras durante muchas semanas.

El *jarabe de Peyrilhe*, cuya parte verdaderamente activa es el *subcarbonato de amoniaco*, ha gozado de gran reputacion. Cazenave (1) ha puesto en uso un jarabe semejante, cuya composicion es la siguiente:

R. Subcarbonato de amoniaco. 10 gram. | Jarabe sudorífico.......... 250 gram.

Se disuelve el subcarbonato de amoniaco en suficiente cantidad de agua, y se añade la solucion al jarabe. Se dan de una á cuatro cucharadas al dia.

A beneficio de este medicamento y de algunos baños de vapor ha visto Cazenave ponerse rojas las placas, desprenderse las escamas y curarse la enfermedad.

Cantáridas.—Biett ha sido el primero que ha preconizado la *tintura de cantáridas* en las afecciones escamosas, habiéndole demostrado una larga experiencia la utilidad de este medicamento. Cazenave, que ha sido testigo de curaciones notables debidas al uso de este medio, bajo la direccion de Biett, ha expuesto los resultados siguientes que nos dispensan todo comentario. «Examinando sesenta casos de afecciones escamosas tomadas indistintamente entre las observaciones recogidas en su clínica, hallo diez y seis enfermos tratados por la tintura de cantáridas, de los cuales han curado ocho, se ha mejorado notablemente la erupcion en seis, no se ha modificado nada en uno, y en el otro no se ha podido continuar el medicamento á causa de algunos accidentes. Estos accidentes, que suelen ser raros, consisten especialmente en náuseas, dolores, cólicos, diarrea, y mas rara vez en erecciones incómodas, que ceden casi siempre fácilmente suspendiendo el medicamento.»

Se administra la tintura de cantáridas por gotas, prescribiendo *primero tres ó cuatro*, y aumentando luego progresivamente *hasta veinticinco ó á lo mas treinta* en las veinticuatro horas, *dividiéndola en dos ó tres dósis*.

Arsénico.—Desde muy antiguo se han empleado las preparaciones arsenicales en el tratamiento de las afecciones escamosas. Girdlestone, Willan, Bateman y Duffin (2) han obtenido de ellas resultados

(1) Cazenave, *Bull. gén. de thérapeutique*, Julio, 1848.
(2) Duffin, *On squamous Disorders (Edinburgh medical and surgical Journ.*, 1826).

ventajosos. Biett ha sido uno de los primeros que han popularizado su uso en Francia, y entre los médicos que han adoptado esta medicacion. Cazenave es el que principalmente ha establecido en la actualidad un grado de eficacia, segun un gran número de hechos que ha tenido ocasion de observar.

No es enteramente indiferente el usar de esta ó aquella preparacion arsenical, porque aunque todas tienen una accion positiva, no convienen indistintamente á todos los casos. Así en los sugetos jóvenes é irritables y en las mujeres, cuando la erupcion es reciente y poco extensa, es preferible la *solucion de Pearson ó la de Biett*. Hé aquí su composicion, que ya hemos indicado, pero que conviene reproducir, porque este medio se aplica de un modo enteramente especial en la afeccion que nos ocupa.

Solucion de Pearson.

R. Arseniato de sosa.... 5 centígram. | Agua destilada............ 32 gram.
Se disuelve.

Solucion de Biett.

R. Arseniato de amoniaco... 5 centíg. | Agua destilada............ 32 gram.

Estas dos soluciones se administran á la dósis de *cincuenta centígramos*, que se va aumentando sucesivamente hasta 1 ó 2 gramos en el dia, dividiendo siempre esta cantidad en dos partes, para tomar una por la mañana y otra por la tarde.

Si por el contrario, la afeccion es antigua, los sugetos flojos, poco irritables y se hallan en buen estado las vias digestivas, Cazenave prescribe la *solucion de Fowler*, que es mas enérgica, y á la que añade á veces las *píldoras asiáticas* á la dósis de una ó dos por dia.

Solucion de Fowler.

R. Acido arsenioso...... } aa 5 gram. | Agua destilada............ 500 gram.
Carbonato de potasa... } | Alcohol de melisa compuesto 16 gram.

Esta solucion se empieza á administrar *á la dósis de tres á cuatro gotas* aumentando luego gradualmente *hasta doce gotas al dia*, *de cuya dósis apenas se debe pasar*. La solucion de Fowler contiene una centésima parte de su peso de ácido arsenioso.

Hardy é Hillaire prefieren á estas preparaciones la siguiente, porque se pueden con mas facilidad graduar las dósis:

R. Agua destilada.......... 250 gram. | Acido arsenioso ó arseniato de sosa....... de 5 á 10 centíg.

Se pueden dar primero una, despues dos cucharadas de las de sopa al dia.

Lo mismo que á todos los agentes enérgicos, es necesario vigilar el uso de las preparaciones arsenicales, porque á veces producen ac-

cidentes que nunca son graves, y que por lo comun se disipan suspendiendo por algunos dias la administracion del medicamento. Estos accidentes son dolores cólicos, diarrea, algunas náuseas, y á veces un poco de opresion y de tos seca y pertinaz; pero aun estos casos son bastante raros, y Cazenave dice que ha observado algunos en que se ha continuado impunemente el tratamiento á mayores dósis que las que dejamos indicadas durante meses y años.

Cualquiera que sea la preparacion arsenical que se use, siempre se debe empezar por pequeñas dósis y aumentarlas luego sucesivamente, vigilando con atencion sus efectos. Es necesario suspender de cuando en cuando la administracion del arsénico, por ejemplo, todos los meses, aun cuando no produzca ningun accidente, y volver despues á usarle de nuevo, empezando siempre por pequeñas dósis. El médico debe tener presente contínuamente estos preceptos sentados por Cazenave, que ha hecho un uso tan frecuente de las preparaciones arsenicales.

Atendida la importancia del asunto, nos parece oportuno añadir aquí el pasaje siguiente de una Memoria de Emery acerca del uso de la solucion de Fowler.

«Debe administrarse la *solucion de Fowler* con precaucion empezando por cinco gotas en 120 gramos de un líquido azucarado, que se dividen en dos porciones. Cada dos dias se aumenta una gota, y si no hay accidentes se llega rápidamente hasta doce. Si se nota que las placas se ponen menos gruesas y empiezan á tomar un color gris negruzco, no se aumentan mas las dósis, porque nos espondríamos á ocasionar accidentes, siendo este un signo de saturacion (1). Cuando al contrario, el enfermo tolera bien el remedio se continúa su uso, y si no se observa ningun alivio se llega hasta la dósis de quince á diez y seis gotas, de la que rara vez se debe pasar. A veces hay en la piel un dolor bastante agudo, ó bien, sin estar dolorida, se pone caliente y un poco rubicunda alrededor de las placas; pero bastan algunos baños tibios, bebidas diluentes y disminuir la dósis del licor para hacer desaparecer estos accidentes ligeros. Hay estómagos im-

(1) Devergie (*Traité pratique des maladies de la peau*, 3.ª edic., p. 753), observa que cuando un enfermo ha estado sometido por mucho tiempo al tratamiento arsenical interno, la piel se tiñe de una coloracion leonada. Segun Hillaire y O. Larcher, este tinte de hollin es muy notable, porque solo ocupa los puntos del tegumento correspondientes á las antiguas placas soriásicas, representando exactamente su forma. El resto de la piel conserva su coloracion normal, lo que hace resaltar mas el fenómeno que indicamos. En los enfermos que no han usado los arsenicales, las placas soriásicas tienen solamente una coloracion roja mas ó menos viva, cuando se caen las escamas y la enfermedad toca á su declinacion. Cuando las manchas arsenicales se presentan, si no han desaparecido todas las placas del soriasis, será prudente suspender el empleo de las preparaciones con base de arsénico, pues que en los casos raros en que la persistencia en el empleo de estas preparaciones produce alteraciones en las vias digestivas, las placas presentan una coloracion leonada muy intensa.

presionables que no pueden soportar los arsenicales, aun empezando por las mas pequeñas cantidades; y cuando se conoce que esto efectivamente es así, se debe recurrir á otra medicacion. Con frecuencia aparecen, á los doce ó quince dias de tratamiento, una sensacion de constriccion en la garganta y un dolor bastante fuerte de estómago, cuyos síntomas desaparecen en dos ó tres dias suspendiendo todo remedio; luego se vuelve á empezar el tratamiento por cinco gotas, añadiendo una cada dos dias, lo mismo que la primera vez. Los dolores en el corazon que hacen penosos sus latidos, obligan á recurrir en algunos casos á la sangría. El síntoma que indudablemente hay que tomar mas en cuenta es la contraccion de los músculos estensores de los miembros, y al momento que se presente debe abandonarse el uso de los arsenicales, si no se quiere que el mal aumente y se haga muy pronto incurable.»

Respecto á la eficacia del arsénico en la afeccion que nos ocupa, no trataremos de demostrarla; constituyen hoy, si no el único, á lo menos el mas eficaz de los medios de tratamiento que pueden oponerse á la soriasis.

Medicaciones particulares.—Las diferencias de asiento ó de forma que puede presentar la soriasis, no exigen, propiamente hablando, medicacion especial.

Rayer refiere la observacion de un hombre que se ha curado de una *soriasis palmar* por la aplicacion de los *vejigatorios ambulantes* en la palma de la mano, á cuyos vejigatorios siguió la caida de la epidermis alterada y la formacion de otra epidermis lisa y persistente.

Payan (1) cita un caso de curacion de un soriasis rebelde á todo tratamiento y que se curó por el *tratamiento arábigo;* pero como este médico solo presenta el resúmen de su observacion, nada prueba que no se tratase de un *soriasis sifilítico.*

A. Hardy, en su visita del hospital de San Luis, ha administrado contra el soriasis el bálsamo de copaiba á dósis de 4 á 6 gramos al dia.

Opiata de copaiba.

R. Copaiba............. 4 á 6 gram. | Magnesia................ 4 á 6 gram.
Mézclese.

Segun Pablo Dupuy, que da cuenta de estas tentativas en su tésis inaugural, el bálsamo de copaiba (2) parece superior á la medicacion tópica y por los arsenicales bajo el punto de vista de la lesion local. Falta aun por determinar su influencia sobre la diátesis. La medicacion tópica debe asociarse por regla general. En ciertos casos el so-

(1) Payan, *Journal de médecine de Toulon* y *Bulletin général de thérapeutique*, 2 de Enero 1841.

(2) Paul Dupuy, *Traitement du psoriasis par le baume de copahu*, tésis inaugural. Paris, 1857, n.° 23.

riasis es completamente rebelde á la accion de la copaiba como á la de otros medicamentos, y la recidiva puede verificarse. El autor cree que la copaiba cura por una accion específica.

La *dulcamara* ha pasado de gran reputacion en el tratamiento de la lepra vulgar. En Francia, Carrere, y mas tarde en Inglaterra el doctor Crichton, la han empleado con éxito. Willan y Biett, que han repetido los experimentos del profesor inglés, no han obtenido resultados tan satisfactorios. Solo un corto número de enfermos sometidos á esta medicacion experimentaron una sensible mejoría, y dos se curaron radicalmente. Se administra el *cocimiento de los tallos á la dósis de* 15 *gramos hasta* 60 *por dos cuartillos de agua.*

ARTÍCULO II.

PITIRIASIS.

Los médicos griegos habian dado el nombre de *pitiriasis* (de πίτυρον, *salvado*) á una esfoliacion farinácea de la epidermis. En este mismo sentido es como hoy se emplea esta denominacion, aun cuando durante cierto tiempo la pitiriasis formó parte del grupo de enfermedades á que se habia dado el nombre genérico de *tiñas*.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *pitiriasis* (*herpe furfuráceo volante* de Alibert) es una afeccion cutánea en via de evolucion (que se distingue de la *ictiosis*), caracterizada en su período de estado por escamas delgadas, *secas*, furfuráceas ó foliáceas; situadas sobre la superficie tegumentaria, que no forman sobre las partes inmediatas ninguna elevacion apreciable (contrario á lo que sucede en el soriasis), y que pueden presentar ó no su cambio en su coloracion (1).

La pitiriasis es una afeccion *frecuente;* mas su benignidad en un gran número de casos hace que no llame la atencion, y que los que la padecen no reclamen los auxilios del médico.

§ II.—Causas.

Las *causas* de la pitiriasis son generalmente oscuras. Se la observa en todas las *edades;* pero en los recien nacidos aparece bajo la forma de una caspa ligera, á la que reemplazan pronto escamitas, que despues de su caida dejan un poco de rubicundez en la piel del cráneo. En los ancianos se la observa con bastante frecuencia bajo la forma de descamacion ligera. Las mujeres, cuyo pelo es oscuro, largo y grueso, parecen mas predispuestas á la *pitiriasis capitis*. En

(1) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 381.

la barba se ha atribuido con bastante frecuencia á la *accion de la navaja de afeitar (P. artificial)*.

Independientemente de la accion de los diversos agentes irritantes que dan orígen en algunos casos al pitiriasis *(P. artificial)*, esta afeccion puede reconocer por causa la existencia de parásitos vegetales *(P. parasitaria)*, y se presenta entonces bien con el aspecto de *P. versicolor*, bien con el de *P. alba*.

Cuando no pueden referirse á la existencia de ninguna de las causas precedentes, puede depender la pitiriasis ó de la diátesis herpética (Hardy), ó de esta (con algunas restricciones), ó de la artritis, segun Bazin. Este autor refiere al grupo de las herpétides; la *pitiriasis simple* y la *rubra crónica* (herpétides secas), y al grupo de las artrítides la *pitiriasis pilaris* (artrítide seca). En cuanto á la *pitiriasis rubra aguda* puede ser sintomática de la artritis y del herpes.

§ III.—Síntomas.

Aun cuando los fenómenos generales sean generalmente nulos en esta afeccion, la pitiriasis puede, sin embargo, ir precedida de un conjunto de fenómenos prodrómicos (malestar general, anorexia, fiebre, raquialgia, sensacion de prurito en la superficie del cuerpo), como se observa en la pitiriasis rubra aguda *(P. pseudo exantemática* de Bazin). Vaya ó no acompañada de fenómenos precursores, puede acompañar ó no á la invasion de la afeccion una modificacion en la coloracion de la piel. Cuando se ha producido esta modificacion, consiste en una rubefaccion que varía desde el rosa al rojo intenso *(pitiriasis rubra aguda)*; otras veces en un tinte amarillo *(pitiriasis versicolor)*; cuando por el contrario, no ha habido ningun cambio en la coloracion de la piel, la exfoliacion puede constituir la primera manifestacion de la afeccion, y entonces la descamacion epidérmica es con la que se cura la de la piel, el único fenómeno que caracteriza la pitiriasis, y que ha servido de base á la descripcion de las diversas variedades admitidas por los autores.

Llegado al período de estado, queda la pitiriasis estacionaria durante un tiempo variable; si sigue una marcha aguda, no persiste mas allá de seis semanas ó dos meses; por el contrario, cuando su marcha es crónica, puede durar meses y aun años. Cuando la descamacion se ha establecido una vez, es incesante y contínua: «bajo las láminas próximas á desprenderse, se forma una nueva epidermis que no tarda en dividirse en láminas mas ó menos anchas, que se desprenden á su vez de la superficie tegumentaria, y así sucesivamente.» La cantidad de las escamas que se desprenden de la superficie enferma, es no menos variable que su extension, como lo veremos al exponer cada una de sus formas principales. La superficie de la piel está en general seca y áspera al tacto, es además asiento de un prurito mas ó menos intenso segun ocupe la afeccion una parte circuns-

crita ó generalizada del cuerpo. En cuanto á la coloracion cutánea, conserva los caractéres que presentó en el período eruptivo.

Cuando la pitiriasis ha durado cierto tiempo, y entra en el período de declinacion, la descamacion se hace menos abundante y la piel menos seca; reaparece la traspiracion, y los tegumentos no conservan ninguna cicatriz. Sin embargo, en algunos casos raros, se ha visto trasformarse la pitiriasis en otra afeccion, por ejemplo, un eczema, un soriasis. (Bazin).

Haremos dos grupos de pitiriasis, segun van ó no acompañados de modificaciones en la coloracion de los tegumentos.

1.° PITIRIASIS SIN MODIFICACION PRÉVIA Ó CONCOMITANTE DE LA COLORACION DEL TEGUMENTO.—A. **Pitiriasis alba** (*pitiriasis simple* ó *comun*).—Esta variedad, la mas comun, se presenta por lo general en la piel de la cabeza (P. *capilaris* de Cazenave), pero puede tambien presentarse en otras partes del cuerpo, especialmente en las mejillas y los labios, como sucede en los niños (*herpes farinoso*). Va apenas acompañado de un ligero picor que coincide con la denticion, y puede con frecuencia curarse de un modo espontáneo al cabo de algunos dias. (Hardy).

Este estado va acompañado de una *comezon* á veces bastante fuerte, y hasta de *sensacion de calor* desagradable; el acto de rascarse hace desprender una porcion de películas que parece que van renaciendo bajo las uñas, segun que se rasca el enfermo.

Las *escamas* tienen el aspecto de laminillas muy ténues, delgadas, blancas, secas y adherentes por una de sus extremidades. En la cabeza tienen á veces el ancho de una lenteja pequeña, y en la barba se parece la esfoliacion á moleculitas de salvado que se desprenden y renuevan con suma facilidad.

A estos síntomas se agrega pronto un accidente de cierta importancia, cual es una *alopecia* mas ó menos considerable. Especialmente las mujeres notan cuando se peinan que se las cae el pelo, y hasta parece que se aumenta esta caida por los cuidados minuciosos que emplean para quitar las películas blanquecinas que cubren la cabeza. Al cabo de cierto tiempo quedan en la piel del cráneo puntos enteramente desprovistos de cabello, sobre todo en la parte superior y en las partes que corresponden á la raya del peinado.

Esta alopecia, acerca de la cual ha llamado particularmente Cazenave (1) la atencion, depende de que rodeado el cabello á su salida de un tejido inflamado y oprimido como en un estuche escamoso, se pone seco y frágil, se rompe y cae, ó bien espontáneamente, ó por la accion del peine ó de rascarse; pero como su bulbo queda intacto, se reproduce para volver á caer de nuevo, si no ha desaparecido completamente la afeccion de la piel de la cabeza.

(1) Alfredo Cazenave, *Annales des maladies de la peau*, 1844, t. I, p. 225.—*Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 167.

Bazin describe una pitiriasis alba, debida al desarrollo de un parásito vegetal el *trichophiton*. Este parásito germina en el tejido de la piel, y produce por la irritacion que determina inflamaciones eruptivas, y aparece entonces al exterior, «bajo el aspecto de una sustancia blanca, coposa ó laminosa, sustancia que forma alrededor de los pelos una vaina amiantácea, completa ó incompleta, y de un blanco mate. Si es incompleta, se ve en el centro de la pequeña masa constituida por el hongo, un punto negro que indica la extremidad libre del pelo enfermo. Cuando la vaina es total, los pelos completamente ocultos á la vista solo pueden reconocerse por la salida de la materia criptogámica. La produccion del hongo existe aun en los intervalos de los pelos. Es raro observar solamente la pitiriasis alba, lo mas comun es que se demuestre simultáneamente la existencia del herpes circinado, y aun de tubérculos sicósicos (1).

B. **Pitiriasis pilaris.**—Esta variedad está caracterizada por pequeñas escamas finas y redondeadas, que recubren los folículos pilosos, son bastante adherentes y forman una ligera eminencia que aumenta el volúmen del folículo. Los pelos que le atraviesan ó los que cubre á diversa altura la vaina epidérmica, se encuentran secos y friables. Si persiste la afeccion, se atrofian los pelos y se caen, reproduciéndose para caer de nuevo, determinando una calvicie definitiva.

2.° PITIRIASIS CON MODIFICACION DEL COLOR DE LOS TEJIDOS.— A. **Pitiriasis rubra.**—Está caracterizada por *placas* muy poco extensas, del ancho de una lenteja próximamente, que se extienden pronto y cubren grandes superficies. Estas presentan entonces un *aspecto rojizo* y se cubren de una multitud de *escamillas* muy delgadas que caen y se renuevan sin cesar lo mismo que en la especie anterior. Esta enfermedad, segun Bateman, va acompañada de sequedad de la piel, de un prurito incómodo y de una tension fuerte.

B. La **pitiriasis versicolor**, además de la descamacion furfurácea abundante que la acompaña, presenta un *color amarillento* característico al nivel de los puntos afectados. Por lo comun se presenta en el cuello, en el vientre y en el pecho bajo la forma de *placas* mas ó menos considerables, coloradas y farináceas.

«Si se examinan al microscopio las escamas de una mancha de pitiriasis versicolor, se observa que contiene esporos en estado de libertad, y un gran número de tubos ó filamentos rectos ó retorcidos, simples ó ramificados, cuya reunion constituye una red muy densa. Los esporos son casi todos esféricos, mas gruesos que los del *microsporon Audouini*, refractan mucho la luz y no contienen gránulos en su interior. La reunion de estos esporos y de estos tubos constituye un vegetal al que se ha dado el nombre de *Microsporon furfur* (fig. 55). Este hongo vegeta en la superficie de los pelos, pero no penetra en su interior (2).

(1) Bazin, *Leçons sur les affections génériques de la peau*, t. I, p. 364.
(2) Bazin, *loc. cit.*, t. I, p. 363.

C. La **pitiriasis nigra** solo se diferencia de la *rubra* en que las escamas descansan sobre *superficies de color negro mas ó menos oscuro*.



Fig. 55.—*Microsporon furfur*. Microsporon pedicular.—*a*, Porcion del hongo; *b*, esporos; *c*, esporos en desarrollo.

En ciertos casos solo la epidermis está colorada, y si se la levanta se hallan debajo superficies rojas y lisas; pero en otros esta epidermis trasparente permite ver que el color negro reside en la capa subyacente.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la pitiriasis es siempre fácil. Se la distinguirá constantemente de la *soriasis* por los caractéres mismos de la definicion.

A consecuencia de ciertos *exantemas*, se observa una descamacion que pudiera confundirse con la de la pitiriasis; pero en esta última enfermedad hay una reproduccion constante de laminillas que se desprenden y renuevan sin cesar, al paso que en los exantemas cae la epidermis á la vez en superficies extensas, dejando á uno y otro lado porciones mayores ó menores de piel sana.

Este carácter de *reproduccion incesante de la epidermis*, inherente á la pitiriasis, servirá tambien para distinguirla de esas descamaciones que se verifican á veces á consecuencia del *eczema* ó del *liquen*. Además, la existencia anterior de una afeccion papulosa ó vesiculosa desvanecerá todas las dudas.

El color leonado que distingue á la *pitiriasis versicolor* de las demás formas de esta afeccion, no podrá confundirse con ciertos *efélides*, cuya superficie no presenta esa descamacion furfurácea que caracteriza la pitiriasis.

Pronóstico.—La pitiriasis es en general una afeccion poco grave; sin embargo, adquiere cierta importancia á los ojos del práctico en razon de la naturaleza de su asiento, de la incomodidad que ocasiona, de la alopecia que produce y de su rebeldía.

§ V.—Tratamiento.

La *pitiriasis capitis*, además de los medios terapéuticos que contra ella se emplean, exige el uso de ciertas precauciones. Se renunciará á todo peinado que ponga tirantes ó apriete los cabellos, se dejará de afeitarse y se cortarán las barbas con tijeras. En los niños, especialmente si la erupcion es ligera, basta cepillar suavemente la cabeza; estimulada la piel á beneficio de este medio, cesa de esfoliarse en escamas farináceas.

Cuando la alopecia que hemos indicado acompaña á la enferme-

dad, se debe dirigir el tratamiento del modo siguiente, sobre todo si es una pitiriasis capitis, como dice Cazenave.

«El tratamiento general, dice este autor, está limitado á la administracion de algunas *bebidas amargas* y al uso de *ligeros laxantes*. Localmente mando hacer, segun que la inflamacion es mas ó menos intensa, *lociones alcalinas* ó *emolientes*. Si hay calor y comezon y si la descamacion es demasiado abundante, dispongo unturas con la *médula de vaca preparada*, ó lociones con el *agua de salvado* ó *de lechuga*. Mas adelante mando dar mañana y tarde fricciones ligeras con un poco de la pomada siguiente:

R. Suborato de sosa... 1 á 2 gram. | Manteca............. 30 á 40 gram.
Mézclese.

»Por la mañana hago lavar la cabeza ó con una locion emoliente, ó con la locion alcalina siguiente:

R. Subcarbonato de potasa.. 4 gram. | Agua destilada........... 500 gram.
Mézclese.

»Al mismo tiempo prescribo algunos baños tibios alternados con otros alcalinos.»

En muchos casos de pitiriasis capitis poco intensa que hemos tenido ocasion de tratar, se ha contenido en pocos dias la caida de los cabellos y la formacion de las películas por el simple uso de la *pomada de calomelanos* (5 partes por 30 de manteca).

Estas indicaciones pueden servir para todas las variedades de pitiriasis, y solo añadiremos que á veces se aconsejan las *emisiones sanguíneas* en la *pitiriasis rubra*, si el sugeto es fuerte y robusto; que los *baños sulfurosos* y las *lociones* de la misma naturaleza tienen una eficacia innegable en la *pitiriasis versicolor*, y que contra la *pitiriasis nigra*, se prescriben especialmente los baños y chorros de vapor.

Los baños sulfurosos son en efecto, así como los de sublimado, los que convienen mejor contra la pitiriasis versicolor, cuyo tratamiento es hoy completamente externo. Bazin aconseja á sus enfermos afectados de esta enfermedad las lociones con el soluto de sublimado.

R. Sublimado........... 10 gram. | Agua................ 1.000 gram.

Hillairet, aquí como en el tratamiento local de la soriasis, prescribe fricciones con manteca por la mañana y con aceite de enebro por la noche en cantidad suficiente.

En cuanto al *pitiriasis alba tricofítica* ó parasitaria (E. Bazin), en general, segun Bazin mismo, es mejor abstenerse de depilar (en

ausencia de tubérculos sicósicos) y limitarse á hacer uso de una pomada parasitaria:

R. Turbit mineral. de 50 centg. á 2 gram. | Manteca................ 30 gram.

La epilacion, practicada en esta circunstancia, exigirá para producir la curacion un tiempo mucho mas largo que si la operacion se practicase un poco mas tarde, cuando existan los tubérculos sicósicos.

CAPÍTULO VII.

FORMAS TUBERCULOSAS.

«Los tubérculos son de elevaciones sólidas desarrolladas en el espesor de la piel, cuyo volúmen varía entre el de una lenteja y el de una aceituna, que terminan casi siempre por supuracion ó por una alteracion de textura de las partes afectas. (Rayer).»

Antes de pasar adelante, importa hacer notar que esta espresion de tubérculos no debe hacer considerar las enfermedades á que se refiere como de igual naturaleza que la tísis pulmonar, lo que seria un grave error. Se ha dado este nombre á los tumores de la piel porque tienen, como los verdaderos tubérculos, una semejanza mayor ó menor con los tubérculos de ciertas plantas.

ARTÍCULO PRIMERO.

LUPUS (1).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

«El *lupus* es una afeccion crónica de la piel, que á veces empieza por manchas de color rojo violado, pero por lo comun por tubérculos lívidos, indolentes y mas ó menos voluminosos. Tiene por carácter principal una tendencia á invadir las partes inmediatas á los tejidos

(1) Los anotadores de esta obra han hecho para el lupus una excepcion del plan general, conservando aquí la descripcion tal como la dió Valleix. Esta descripcion se aplica evidentemente al *lupus escrofuloso* de Bazin, comprendiendo en el párrafo consagrado al *lupus que destruye en superficie*, la sintomatologia de la *escrofúlide maligna critematosa* (Bazin), que presenta la mayoría de los verdaderos caractéres del lupus, y que constituye en cierto modo un *lupus infiltrante en placas*. Si la afeccion cutánea de que se trata en este capítulo, no se considera como afeccion genérica, es porque este modo de presentarla hubiera determinado muchas repeticiones. El lupus, en efecto, es considerado bajo este punto de vista, pertenece á tres enfermedades constitucionales: la escrófula, la sífilis y la lepra. De las tres especies, la primera se ha descrito bajo todas sus formas; la segunda ha tenido su puesto entre las sifílides tuberculosas y la tercera se encontrará en el capítulo en que se describirá la lepra. (Véase tomo I, art. SÍFILIS, p. 548, y t. V, art. LEPRA.)

subyacentes, ya destruyendo la piel por la formacion de úlceras icorosas de mala naturaleza, que se cubren sin cesar de costras parduscas y muy adherentes, que al caer dejan al descubierto nuevas destrucciones, ó ya alterando profundamente el dermis y produciendo cicatrices indelebles, sin que haya habido antes la menor solucion ni la mas pequeña úlcera (1).»

El lupus ha sido designado por Hipócrates bajo el nombre de *herpes estiomene*, y por Celso con el de *theriomate*. Tambien se le ha descrito con las denominaciones de *pápula fera*, *herpes excedens* y *herpes corrosivo*. Por fortuna es una afeccion poco frecuente.

§ II.—Asiento de la enfermedad.

Todos los médicos saben que el lupus invade particularmente la cara, y que en esta region se presenta con especialidad en la nariz. Por lo comun permanece limitado á esta parte del cuerpo, pero á veces invade tambien otras y sobre todo el cuello, los hombros y el pecho, y es mas rara en las extremidades. En algunos casos afecta sucesivamente varias regiones.

§ III.—Causas.

Nada se sabe de positivo respecto á las *causas ocasionales*, y en cuanto á las *predisponentes*, hé aquí, segun los autores, las influencias que se han notado con mas frecuencia. Se desarrollan comunmente en la *infancia* y mas aun entre los diez y seis y veinticinco años. Los *niños escrofulosos* están mas predispuestos que los demás á padecer esta enfermedad, y segun la observacion de Cazenave, el *lupus con hipertrofia* es el que se observa principalmente en ellos. Algunos sugetos que los han padecido en su infancia, vuelven á ser atacados en la edad adulta; pero es muy raro que aparezca despues de los cuarenta años. El *sexo* no ejerce al parecer ninguna influencia. Es mas frecuente en el *campo* que en las ciudades, pero no ha podido hallarse el motivo.

Finalmente, se ha acusado el producir la enfermedad á los *alimentos acres*, á las carnes alteradas, á los quesos añejos, etc., y se ha citado con este motivo su frecuencia en ciertas comarcas en que se usa habitualmente semejante alimentacion; pero estas apreciaciones son muy vagas, porque en estos paises hay otras muchas causas cuya influencia hubiera sido necesario tomar en consideracion. El lupus *no es contagioso*.

(1) A. Cazenave, *Dict. de méd.* en 30 vol. art. LUPUS.

§ IV.—Síntomas.

Se han hecho diversas divisiones para describir el lupus. Rayer admitia un *lupus exedens* y otro *non exedens*, cuya division debe aceptarse; pero además conviene distinguir con Biett, á quien imita en esto Cazenave, dos especies de lupus exedens, uno que destruye en superficie y otro en profundidad. Un estudio detenido de la enfermedad ha probado que esta distincion no carece de importancia. Pero antes de entrar en estos pormenores, es necesario decir dos palabras del lupus en general.

1.° *Lupus en general.*—La enfermedad *empieza* ordinariamente por la aparicion de un *punto rojo oscuro*, que forma prominencia por debajo de la piel, duro y de superficie poco extensa. Esto es lo que se ha designado con el nombre de *tubérculos*.

El volúmen de los tubérculos varía. Por lo comun al principio están poco desarrollados y permanecen así bastante tiempo, y al contrario, en algunos casos tienen un volúmen considerable desde su aparicion; pero en casi todos aumenta notablemente despues de cierto tiempo.

Como acabamos de decir, los tubérculos del lupus se elevan mucho sobre el nivel de la piel; pero si se quiere examinar á qué grado de profundidad penetra en esta membrana, se halla, que á lo menos en los primeros tiempos, solo ocupan las capas superficiales. Son mas ó menos numerosos y están mas ó menos próximos, de tal modo que en los primeros tiempos no suele haber mas que un corto número, al paso que en ciertos casos se multiplican é invaden una gran superficie. Siempre aumenta su número con el tiempo, sin que á pesar de esto tenga la enfermedad, como antes de ahora hemos dicho, una propension manifiesta á extenderse mucho en superficie.

Tales son los caractéres comunes á las diversas especies de lupus; sin embargo, hay algunas excepciones que ha indicado perfectamente Cazenave, y en las que no se encuentran tubérculos verdaderos, sino tan solo una *tumefaccion ligera y difusa* de uno ó varios puntos de la piel, y estos casos son los que han autorizado á algunos autores para separar el lupus de las afecciones tuberculosas.

Luego que estos síntomas han durado por mas ó menos tiempo, se presentan en el lupus fenómenos particulares que establecen las especies anteriormente indicadas, y que ahora vamos á describir.

2.° *Lupus que destruye en superficie.*—Hay una variedad de esta especie, que ha descrito perfectamente Cazenave, y así nos parece lo mejor tomar de este autor el pasaje siguiente: «En algunos casos, muy raros, dice, parece que solo ataca la enfermedad á las capas superficiales del dermis. Esto se observa especialmente en la cara y sobre todo en los carrillos. No se desarrollan tubérculos ni forman costras, pero la piel toma un color rojo, se efectúan esfoliaciones epi-

dérmicas en la superficie enferma, la piel se va adelgazando gradualmente, se pone lisa, roja y reluciente, y presenta pronto el aspecto de una cicatriz como la que sucede á una quemadura superficial; la rubicundez desaparece á la presion del dedo, y el enfermo no siente ningun dolor, pero el tacto le determina. La superficie afectada se hace sensible despues de un ejercicio violento y de excesos en la bebida. Cuando la enfermedad cesa de hacer progresos, desaparece la rubicundez y ya no hay esfoliaciones epidérmicas ligeras; pero la piel permanece delgada y reluciente, está lisa al tacto, y parece que ha perdido parte de su grosor.»

Es mucho mas comun que se formen primero los tubérculos que antes hemos indicado. Estos pueden permanecer estacionarios por mucho tiempo; pero casi de repente, y con frecuencia, sin que se pueda saber el motivo, aumenta su número y aparecen rodeados de una *tumefaccion como edematosa de la piel*, y concluyen por presentar una *úlcera irregular*.

Esta *úlcera* invade las partes inmediatas, y en el punto en que primeramente existia se forma una *cicatriz* irregular, blanca, tensa y con bridas. Cuando es grande está rodeada de un círculo, de un rodete tuberculoso, que pronto se ulcera á su vez, y con este curso escéntrico es como el lupus se extiende en superficie.

No es raro que la úlcera retroceda, por decirlo así; así se forman á veces nuevos tubérculos en los límites de la cicatriz, que se ulceran á su vez invadiendo la ulceracion las cicatrices ya formadas.

Las úlceras están cubiertas de una *costra* negruzca, muy adherente, y que si llega á desprenderse antes de que el tratamiento haya modificado la enfermedad, no tarda en reproducirse.

Esta variedad de lupus, cuyo asiento es por lo comun la cara ó la nariz, puede ocupar, lo mismo que las siguientes, todos los demás puntos del cuerpo é invadir grandes superficies. Conviene estar prevenido acerca de esta circunstancia, porque esta afeccion, tan fácil de conocer en la cara, pasa por lo comun desapercibida en otra parte, por ser rara su presencia en los demás puntos del cuerpo. Cazenave ha tenido ocasion repetidas veces de comprobar esto mismo.

Efecto del *asiento particular* de la enfermedad en ciertos puntos, sobrevienen accidentes que es fácil preveer. Si, por ejemplo, residen los tubérculos alrededor de los labios, es muy difícil abrir la boca, y cuando ocupa las alas de la nariz, lo cual es muy frecuente, quedan destruidas por la ulceracion. Bastan estos ejemplos.

Luego que se han contenido los progresos de la enfermedad, y cuando se han reparado en gran parte las lesiones, quedan *señales indelebles*, que ha descrito perfectamente Cazenave, de quien debemos tomar tambien el pasaje siguiente:

«Cuando se han desprendido las costras y se ha usado un tratamiento oportuno, no se forman otras nuevas. Unas veces la superficie está rugosa y sembrada de tuberculitos rojos y sucios, y otras

presenta mejor aspecto; se cubre de ligeras descamaciones delgadas, como epidérmicas, y no tarda en aparecer una cicatriz blanca y sólida en muchos puntos.

»En este estado de mejoría, cuando los estragos del lupus han sido muy extensos, presenta la cara un aspecto enteramente notable; se ven en ella una porcion de cicatrices irregulares, por lo comun muy extensas, de color blanco, á veces rosado, tirantes, relucientes, bastante gruesas en algunos puntos y en otros tan sumamente delgadas que parecen como trasparentes, y se diria que están á punto de romperse. Estos últimos caractéres vuelven á hallarse en las partes que han sido atacadas varias veces, y cuyas cicatrices se han destruido por ulceraciones sucesivas. Estas cicatrices casi siempre vienen á dirigirse de distancias mas ó menos largas á la base de algunos tubérculos, entre los que parecen como sujetos. Otras veces se observan en diversos puntos de su circunferencia costras negruzcas, y que por lo comun tardan mucho en desprenderse.» (Cazenave.)

3.° *Lupus que destruye en profundidad.*—A las particularidades que hemos indicado en las descripciones anteriores, solo tenemos que añadir las siguientes:

Esta variedad reside principal y casi únicamente en la nariz. La enfermedad empieza por una *tumefaccion* de la parte afectada, sobre cuya tumefaccion se forma una úlcera, y despues una costra, que se cae ó la arranca el enfermo. La úlcera aumenta en profundidad y en latitud, y de aquí resulta, despues de muchos ataques, una destruccion del órgano, que varía en extension y que con frecuencia alcanza, no solo á las partes blandas, sino tambien á los cartílagos. Por lo comun sale tambien por la nariz un flujo fétido, que pone doloroso, tumefacto é inflamado el órgano. No es raro que la destruccion se extienda á mas allá de la nariz, y entonces participan de esta destruccion una parte de la cara, la bóveda del paladar y hasta las encías (1).

Esta variedad del lupus marcha á veces con rapidez de un modo contínuo, de manera que en poco tiempo quedan las partes profundamente alteradas y destruidas. Las mas veces tiene la enfermedad sus épocas en que se detiene y se forman cicatrices, que son solo temporales, porque sobre ellas aparecen nuevos tubérculos y nuevas úlceras, y la destruccion continúa haciendo progresos.

Las dos variedades anteriores constituyen el *lupus exedens.*

4.° *Lupus con hipertrofia* (*Lupus non exedens*).—Tomamos de Cazenave la descripcion de esta variedad. «Esta variedad, dice, presenta fenómenos enteramente notables; por lo comun empieza en la cara, que es su asiento casi exclusivo, por tubérculos poco elevados, blandos, indolentes y ordinariamente en bastante número. Estos tubérculos ocupan superficies bastante extensas, por ejemplo, una gran par-

(1) Véase Arnal, *Journ. hebdomadaire*, 2.ª série, t. VII.

te del carrillo y á veces toda la cara; no se ulceran en su vértice, su base se va ensanchando poco á poco, se forma un infarto indolente en la piel y en el tejido celular subcutáneo, y las superficies afectadas están tumefactas y presentan una especie de abotagamiento enteramente notable; al cabo de cierto tiempo aparece la cara sembrada de puntos rojizos, que no son mas que tubérculos que á consecuencia de la tumefaccion de las partes subyacentes se elevan al nivel de la piel. En medio de estos tubérculos se hallan diseminados acá y allá puntos blancos, que son verdaderas cicatrices que han reemplazado á los tubérculos.»

Esta variedad es la que invade mayor espacio. Por lo comun ocupa toda la cara, produce la hinchazon de los labios, una tumefaccion como edematosa de las demás partes, el ectropion, la epífora, la obliteracion de las ventanas de la nariz, y á veces hasta invade las orejas. Esto da al sugeto un aspecto asqueroso y repugnante, siendo además fácil formarse una idea de todas las alteraciones que puede producir esta grave enfermedad.

Tales son las diversas variedades del lupus, y para completar la descripcion de esta afeccion, basta añadir que estas diversas variedades no se esclueyen en un mismo individuo, que no es raro hallarlas reunidas, y que complica con bastante frecuencia á la enfermedad una *erisipela* circunyacente.

Esta complicacion es tan benigna como importante; en general, y lo mas frecuente, es que en semejante caso la erisipela deje en pos de sí una superficie en buenas condiciones.

Estiomene de la region vúlvo-anal.—Huguier (1), en una Memoria sumamente interesante, ha hecho la historia del lupus que reside en la region vulvoanal y en el que ha encontrado la mayor analogía con el de la cara. Este autor distingue tres especies de estiomena; la primera es la *estiomene superficial ambulante ó serpiginosa*; la segunda *la estiomene perforante*, (fig. 56.) y la tercera la *estiomene hipertrófico*. Vemos, pues, que estas especies corresponden á las que hemos hallado en la cara, y es fácil asegurarse, por la descripcion que da Huguier, de que tienen los mismos caractéres en ambas regiones. En cuanto á los desórdenes que pueden producir son considerables, como puede juzgarse por las obseravciones que se refieren en la Memoria citada.

Dos de las especies que acabamos de indicar presentan cada una diversas variedades, que son las siguientes: al estiomene superficial corresponden la *eritematosa* y la *tuberculosa*, y á la hipertrófica pertenecen la *vegetante* y la *edematosa* ó *elefantiaca*.

(1) Huguier, *Mémoire sur l'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale* (*Mémoires de l'Acad. de médecine;* Paris 1849, t. XIV, p. 501).

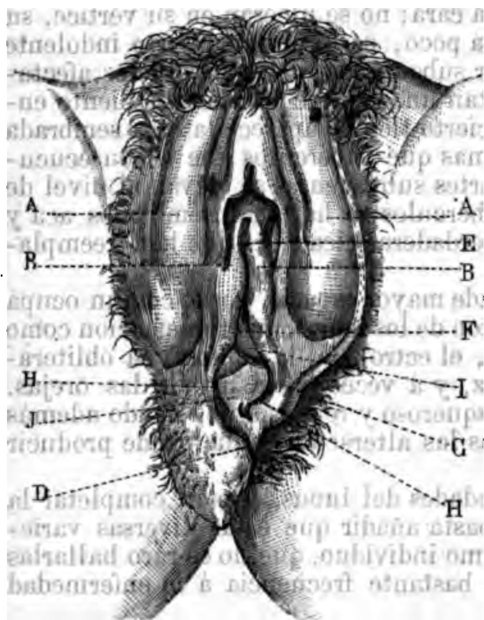


Fig. 56.—Caso de estiomene perforante é hipertrófico del periné. (Huguier, observacion V, p. 560 y lám. 11.)—A, A, grandes labios; B, B, ninfas, C, hundimiento anguloso, representando la cicatriz de una antigua ulceracion; D, cresta saliente formada por el rafe perineal y algunos pliegues del ano, que se continúan con la ninfa; E, F, hundimiento en forma de fisura que reemplaza el vestíbulo y el meato urinario; H, H, ulceracion que circunscribe la extremidad inferior de la vagina; I, tubérculo anterior de la vagina; J, orificio interior de la vagina muy estrechada.

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

Al describir las variedades he indicado el *curso* de la afeccion, en la que por lo general se observa que es una sucesion de tubérculos, úlceras y cicatrices. En cuanto á la *duracion*, por lo comun es larga, y suelen ser necesarios muchos años para que la enfermedad se limite, y hasta hay sugetos en los que persiste toda la vida. No debe temerse que *termine* por la muerte.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Esta afeccion no puede confundirse con un *tumor canceroso*, porque este se desarrolla casi siempre en personas de edad; es duro y doloroso; cuando se ulcera, da salida á un humor ténue, acre y sanioso, y su ulceracion es profunda y agrisada.

Los *tubérculos sifilíticos* son mas voluminosos, redondeados, cobrizos, no presentan esfoliacion, y cuando se ulceran, lo cual es mas raro que en el lupus, la úlcera que resulta es redondeada, agrisada y con los bordes cortados perpendicularmente. En cuanto á la distincion que se ha hecho entre esta enfermedad y el *acné rosácea*, así como con la *elefantiasis de los griegos*, no es de gran importancia, y basta recordar las descripciones de estas enfermedades para hallar al momento las grandes diferencias que las separan.

Pronóstico.—El lupus es una afeccion por lo comun muy rebelde, ocasiona destrucciones ordinariamente muy considerables y por lo tanto debe considerarse como grave; sin embargo, no amenaza la existencia. Una hipertrofia considerable es muy mal signo, y la blandura, el color azulado de las cicatrices y el persistir algunos tubérculos en sus inmediaciones, deben hacer temer que el lupus se reproduzca. Cuanto mas antigua es la enfermedad, es tanto mas rebelde.

§ VII.—Tratamiento.

1.° *Tratamiento interno.*—El tratamiento general antiescrofuloso debe figurar en primera línea (1).

Los enfermos deben guardar todos los preceptos de una buena higiene, y mantenerse durante el tratamiento al abrigo de las influencias atmosféricas.

Se administran *bebidas amargas* y algunos *tónicos*; pero nada prueba que de estos medios se hayan obtenido grandes ventajas.

Se ha recurrido, y principalmente en el *lupus non exedens*, á la administracion del *aceite animal de Dipel* (empezando por 5 ó 6 gotas y llegando progresivamente hasta 20 ó 25), á la *tisana de Feltz*, á las *soluciones de Pearson y Fowler*, á las *píldoras asiáticas*, etc., sin grandes resultados.

Solo hay un tratamiento interno que merece una mencion especial, y es el que consiste en la administracion del *aceite de hígado de bacalao á altas dósis*. Emery ha citado una porcion de hechos en los que se ha obtenido por este medio una completa curacion ó á lo menos un gran alivio. Este médico administra el aceite de hígado de bacalao á la dósis de tres á cinco cucharadas al principio, que va aumentando luego de modo que llega á 400 ó 500 gramos y aun mas. El único inconveniente de esta medicacion es la dificultad de hacer tomar dósis tan enormes.

Teirlinck (2) ha obtenido tambien la curacion en un enfermo dándole el aceite á la enorme dósis de una ó dos libras al dia.

Entre todos los remedios que se administran al interior, del que mejores resultados ha obtenido Rayer, ha sido el *deuto-ioduro de mercurio*, administrado todos los dias á la dósis de 20 á 25 milígramos, y aumentando sucesivamente hasta la de *cinco centígramos*. Pasados uno ó dos meses, es preciso dejar descansar á los enfermos por algun tiempo y luego volver á empezar por la primera dósis.

2.° *Tratamiento local.*—El tratamiento local consiste casi exclusivamente en el uso de los *cáusticos*, respecto á los cuales debemos dejar establecida una regla general, y es que solo deben aplicarse sobre puntos limitados; de este modo se va atacando sucesivamente y por porciones toda la extension del mal.

Los *cáusticos líquidos*, tales como *ácido sulfúrico* y el *nitrato ácido de mercurio*, se aplicarán por medio de un pincel.

Cazenave (3) aconseja como tópico el *aceite animal de Dippel* cuando el lupus ataca las mucosas exteriores, cuando las ulceraciones penetran en la boca ó las fosas nasales; los cáusticos mas enérgicos están entonces contraindicados.

(1) Véase el art. ESCRÓFULA, t. I.
(2) Teirlinck, *Bull. gén. de thérap.*, 15 de Febrero, 1852.
(3) Cazenave, *Ann. des maladies de la peau*, Enero, 1852.

Cauterizacion con el cloruro de oro.—El doctor Malichecq (1) nos ha dado á conocer un tratamiento especial que Patton ha usado con buen éxito en el hospital de la Antigualla, en Lyon, y en el cual entra como medio principal la *cauterizacion por medio del cloruro de oro en solucion.* El tratamiento se dirige del modo siguiente:

«1.° Un cocimiento amargo ó depurativo; 2.°, el aceite de hígado de bacalao al interior á la dósis de tres ó cuatro cucharadas por dia; 3.°, la cauterizacion con el cloruro de oro en solucion, repetida poco mas ó menos cada ocho dias.

»Hé aquí la composicion de esta preparacion aurífera:

R. Oro en láminas.... } aa 1 parte. | Acido clorhídrico.......... 3 partes.
Acido nítrico....... }

»Se obtiene un líquido de color amarillo muy pronunciado. Para conservar bien esta preparacion es preciso que esté puesta en un frasquito con tapon esmerilado, y que no reciba el contacto del aire.

»Hé aquí las reglas que se deben seguir en el uso de este cáustico, y los fenómenos consecutivos á su aplicacion.

»Se le debe aplicar con un pincelito muy pequeño ó con una porcioncita de hilas colocadas en la extremidad de una pinza, y se empapan en la solucion aurífera.

»Se cauteriza toda la superficie enferma pasando el pincel como si se quisiese dar una mano de pintura; sin embargo, cuando la afeccion es muy extensa, vale mas tocar tan solo una pequeña porcion. No hay necesidad de cura alguna, y se deja la parte espuesta al aire libre.

»Es preciso que ni el enfermo ni el médico levanten las costras, porque ellas se caen espontáneamente á consecuencia de un trabajo local modificador y esencial para la curacion.

»Despues de la caida completa de las costras, y solo entonces, se vuelve á repetir la cauterizacion, haciéndola siempre del mismo modo; se pasa ligeramente el pincel por las partes afectadas, y se cauterizan un poco mas los tejidos donde el mal es mas profundo.

»Inmediatamente despues de que se han tocado las partes afectadas, especialmente si hay algunos puntos ulcerados, los enfermos sienten un dolor instantáneo y quemante, á veces bastante fuerte para causar un lagrimeo considerable, sobre todo en los niños. Este dolor se va disipando por grados, y solo dura una ó algunas horas, segun la extension y la profundidad de la cauterizacion.

»Las reglas generales que acabamos de establecer en pocas palabras, deben observarse rigurosamente en el uso de este cáustico enérgico.»

La *pasta arsenical de Fray Cosme* se usa principalmente en el lupus corrosivo, se aplica del modo siguiente:

(1) Malichecq, *Efficacité du chlorure d'or employé comme caustique dans le traitement du lupus* (*Bull. gén. de thérap.*, t. XXXIV, Mayo, 1850).

Se deslíe una corta cantidad sobre un plato ó pedazo de loza, y por medio de una espátula se estiende esta pasta líquida sobre una superficie que no debe esceder de ocho á diez líneas de diámetro, y cuando este punto está cicatrizado se ataca el siguiente. Es preciso usar este medio con la mayor prudencia.

Tambien se emplean del modo siguiente los *polvos de Dupuytren* (1).

Hé aquí su composicion:

R. Protocloruro de mercurio. 99 partes. | Acido arsenioso.............. 1 parte.
Mézclense.

Si la superficie del lupus está ulcerada, húmeda y limpia, se la espolvorea por medio de una borlita cargada con estos polvos, que deben echarse hasta que formen una capa del grueso á lo mas de un milímetro. Si esta superficie está cubierta de una costra, es preciso desprenderla por medio de cataplasmas, y luego espolvorear la úlcera como queda dicho. Por último, si lo que cubre la úlcera es una cicatriz imperfecta, hay que destruirla, y veinticuatro horas despues se espolvorea la superficie de la ulceracion, que para entonces ya no da sangre. Si se teme que los polvos no se adhieran con bastante fuerza á las partes y puedan desprenderse ó ser arrastrados, se los deslíe con el agua de goma ó se incorporan con el ungüento rosado, en cuyo caso hay que aumentar en uno ó dos céntimos la dósis del ácido arsenioso. Siempre debe esperarse á que los polvos ó la pomada se caigan por sí mismos, lo cual sucede por lo comun á los ocho ó diez dias, y en seguida renovar las aplicaciones hasta la curacion completa, que se obtiene á veces despues de ocho ó diez semanas ó cinco ó seis aplicaciones.

Biett ha usado principalmente la *pasta de cloruro de zinc*, bajo dos diferentes fórmulas, preparadas del modo siguiente:

PASTA NÚM. 1.

R. Harina.................. 2 partes. | Cloruro de cinc.............. 1 parte.
Mézclense.

PASTA NÚM. 2.

R. Harina.................. 3 partes. | Cloruro de zinc.............. 1 parte.
Mézclense. Se puede disminuir todavía mas la proporcion del cloruro de zinc, segun la irritabilidad de las partes.

Así esta pasta como la de *cloruro de antimonio*, el *cáustico de Viena*, etc., se usan del mismo modo que la pasta arsenical de Fray Cosme.

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 209.

Se han propuesto otros cáusticos y hasta el *cauterio actual;* pero los anteriores son los principales. En el dia está casi completamente abandonado el cauterio actual.

Tambien debemos indicar las *fricciones* hechas con ciertas sustancias activas, que se emplean principalmente para combatir el *lupus non exedens*. No haremos mas que mencionar las fricciones con las *pomadas de calomelanos*, de *óxido de zinc*, etc. Las que se hacen con la *pomada de ioduro de azufre* tienen alguna mas eficacia. Hé aquí la composicion de esta pomada:

R. Ioduro de azufre.......... 1 gram. | Manteca.................... 30 gram.

Se hacen fricciones mañana y noche.

Rayer ha recomendado las fricciones con el *ioduro de mercurio*, hechas con las pomadas siguientes:

R. Protoioduro de mercurio... 2 gram. | Manteca.................... 30 gram.

Mézclense.

O bien:

R. Deutoioduro de mercurio.. 1 gram. | Manteca.................... 30 gram.

Mézclense. Se hace una ó dos fricciones por dia.

Es preciso vigilar con cuidado los efectos de estas pomadas, y sobre todo de la última, porque á veces irritan excesivamente la piel. Mientras que esta irritacion sea moderada y aunque haya un poco de rubicundez eritematosa alrededor de la parte afectada, no debe dar ningun temor, porque este grado de irritacion es necesario para que se modifique la enfermedad; pero si escede de estos límites, hay que detenerse inmediatamente y combatir la irritacion cutánea.

Cuando el lupus ó estiomene ocupa la region vulvoanal, si la enfermedad resiste á los principales medios de tratamiento que acabamos de indicar, *se deben estirpar las partes afectadas*: así lo ha hecho muchas veces el doctor Huguier y con escelentes resultados.

Solo, pues, añadiremos que se debe vigilar la formacion de las cicatrices, á fin de que no queden demasiado viciosas, y remediar en cuanto sea posible la obliteracion de los conductos que ocasionan en muchos casos.

ARTÍCULO II.

BOTONES DE ALEPO Y DE BISKRA.

El *boton de Alepo*, que se llama macho cuando está solo, y *boton hembra* cuando alrededor se ven otros mas pequeños, afecta principalmente la cara. Se desarrolla por una pequeña eminencia lenticu-

lar que crece circularmente durante cuatro ó cinco meses. En esta época comienza el *período de supuracion* anunciado con frecuencia por vivos dolores; despues viene el *período de ulceracion*, cuya duracion no es menos larga y termina por la caida definitiva de la costra, que deja una cicatriz deprimida é indeleble.

El boton de Alepo no es una afeccion grave. Sus causas son muy oscuras, y su tratamiento, que segun Guilhon, debe limitarse á los cuidados higiénicos, no es mas conocido. Salina asegura haber logrado disminuir la extension de la erupcion y su duracion *cauterizando* con hierro candente antes del período de supuracion (1).

En cuanto al *boton de Biskra*, que á pesar de ciertas diferencias, se parece al boton de Alepo por algunos puntos de analogía, solo diremos algunas palabras que justificará esta razon, y el observarse en esta parte de nuestra colonia algerina inmediata á Sahara, y que han estudiado los médicos de nuestra Armada. No es imposible encontrar el boton de Biskra accidentalmente en sugetos sometidos á la observacion en nuestro propio territorio (2).

En la marcha de la enfermedad pueden reconocerse tres períodos:

«*Primer período.—Incubacion* caracterizada por tension, prurito que se aumenta por la noche en el sitio que debe ocupar el boton. Aparicion de tubérculos cuyo volúmen varía entre una pequeña lenteja y el de un guisante grueso; el tubérculo parece que está situado en el espesor de la piel.—Duracion variable, á veces de muchos meses.

»*Segundo período.—Erupcion.*—Rubor, ligera elevacion de la piel, á veces prurito, insomnio. Estacionario durante quince ó veinte dias. La epidermis se resquebraja y separa en escamas finas que se desprenden por placas ó zonas circulares; eminencia conoidea, gotas de serosidad cetrina ó purulenta en el centro.—Duracion variable.

»*Tercer período.— Ulceracion.*—A la pequeña costra sucede una cavidad pequeña ulcerosa, de un rojo intenso. La ulceracion enrojece todo el espesor del dermis y se ensancha de dia en dia. Los bordes de la úlcera, festoneados, cortados á pico y como infartados formando un rodete muy grueso. El fondo de esta úlcera es de color de carne vivo; su superficie ondulada presentando circunvoluciones y anfractuosidades, cubiertas de una materia sero-purulenta que exhala un olor *sui generis;* son indolentes. El boton es único ó múltiple; su diámetro de 1 á 5 centímetros. En los casos de botones múltiples, las úlceras se confunden con frecuencia; su aparicion es simultánea ó sucesiva. El clavo de Biskra puede presentarse en personas que ha-

(1) La naturaleza de esta obra nos impide entrar en mas ámplios detalles sobre el boton de Alepo. El lector encontraria su resúmen en un artículo inserto por A. Barrallier (de Toulon), en el *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, Paris, 1866 (con índice bibliográfico).

(2) Favre, *Du bouton de Biskra (Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, t. I, p. 129, años 1861-1862).

yan abandonado desde mucho tiempo antes el punto de la epidemia.

»*Cuarto período.—Cicatrizacion.*—En ciertos casos se manifiestan excrecencias ó vegetaciones que parecen salir del centro del boton y que cubren sus bordes, de tal modo que el boton toma el aspecto de una frambuesa ó de una fresa; sucede tambien que el boton no se ulcera, pero toda su superficie se cubre de una costra gruesa de color pardo agrisado. Esta costra puede persistir tres ó cuatro meses, y deja una cicatriz de superficie lívida, circunscrita por una areola negruzca y ligeramente granugienta (1).»

El boton de Biskra ocupa generalmente las extremidades de los miembros y la cara; tambien se ha observado en otras partes del cuerpo (2). No es contagioso y dura generalmente un año (3).

La experiencia popular, en los países en que se observa el boton de Biskra, rechaza todo tratamiento y aconseja la expectacion. Sin embargo, los médicos militares, que han observado esta afeccion han ensayado, sin éxito á la verdad, tratarle por diversos medios, entre otros la cauterizacion, las fricciones generales, los baños de vapor sulfurosos ó aromáticos. Masip considera los mercuriales administrados al interior y al exterior como el antídoto de esta erupcion (4).

(1) Armand, citado por Massip. *Essai sur le bouton de Biskra (Recueil de médecine militaire*, 2.ª série, t. XI).

(2) Beylot, *Topographie de Biskra (Recueil de médecine militaire*, 2.ª série, tomo XI).

(3) Para mas detalles sobre este punto, pueden consultarse con fruto:

Poggioli, *Essai sur une maladie cutanée nouvelle observée à Biskra*, tésis de París, 1847.

Quesnoy, *Relation médico-chirurgicale de l'expédition de Zaatcha (Recueil de mémoires de médecine militaire*, 2.ª série, t. VI).

E. Bertherand, *Notice sur le chancre du Sahara*. Lille, 1854.

Sonrier, *Du bouton des Zibans (Gazette médicale de l'Algérie*, Marzo, 1857).

Boudin, *Traité de géographie de statistique médicales*, t. II.

Masnou, *Du bouton des Zibans (Gazette médicale de l'Algérie*, Enero, 1859).

Henri Hamel, *Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra (Recueil de mémoires de médecine militaire*, 3.ª série, t. IV).

A. Barallier (de Toulon), artículo BOUTON DES ZIBANS OU DE BISKRA (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1866, t. V).

(4) Creemos que vista la rareza de casos de este género, que puede perjudicar al práctico, no será inútil publicar aquí la observacion á la que hemos hecho alusion antes de ahora: fué recogida en Lyon, y el enfermo que la motivó fué presentado á la *Sociedad de ciencias médicas* de esta poblacion.

El enfermo, jóven de veinticinco años, dotado de excelente constitucion, se presentó á la consulta de A. Favre. Llevaba en la cara palmar de la muñeca derecha una úlcera de fondo rojo, y los bordes cubiertos por una costra seca. Sometido á un interrogatorio minucioso, refirió haber habitado en Constantina durante tres meses y medio; haber tomado parte en muchas expediciones, y estado un mes de guarnicion en Biskra (hacia diez y ocho meses), y haber abandonado el tercer regimiento de cazadores de Africa hacia cuatro meses y medio. Dos meses antes de esta época, vió aparecer en la cara palmar de la muñeca (porcion cubital) un boton rojizo, que se convirtió en úlcera al cabo de tres semanas. Un mes y medio despues, la cicatriz era completa, y está hoy lívida en su superficie, circunscrita por una areola negruzca y ligeramente granugienta. Poco tiempo despues del primer



CAPÍTULO VIII.

AFECCIONES CUTÁNEAS PARASITARIAS.

Este capítulo comprende, como su título lo indica, afecciones determinadas por la existencia de ciertos parásitos de la piel (vegetales ó animales). A pesar de las analogías que aproximan las enfermedades cutáneas precedentemente descritas, se distinguen con claridad entre sí por su *curso* natural, generalmente crónico; por la naturaleza de los *agentes terapéuticos* que las convienen en particular, y por su *carácter contagioso*. Cada una se manifiesta por una ó muchas formas eruptivas que hemos estudiado ya, pero se modifica la erupcion, sea en las variedades de sus *aspectos*, sea por su *sitio*. Estas modificaciones, hoy bien conocidas por la mayoría, permiten frecuentemente distinguir desde luego, no solo la naturaleza del parásito, cuya existencia se confirma por la exploracion hecha con lentes de ampliacion.

Un dato importante y del cual conviene estar bien penetrado, es que en las afecciones cutáneas de orígen parasitario, *el parasitismo no es todo*. Tal enfermo, colocado accidentalmente bajo la influencia de tal ó cual parásito, tendrá sola una erupcion ligera, y si la causa de esta erupcion es en seguida reconocida, el empleo de los agentes parasiticidas convenientes la harán prontamente desaparecer. Tal otro, por el contrario, tratado inmediatamente con ayuda de los medios terapéuticos, á pesar de nuestros esfuerzos, no solo se perpetuará la afeccion, sino que se agravará: en tal caso, los parásitos solo han sido la ocasion de una erupcion pronta á aparecer en un sugeto predispuesto, sea que por primera vez enferme el tegumento, sea que de antemano aparezcan en el individuo y hácia la misma época del año bajo la menor influencia. Estos son los casos de este género que conviene saber distinguir, y en los que los mejores agentes parasitarios, empleados en las mas ventajosas condiciones no producen el resultado apetecido y de antemano anunciado, pudiendo llegar á creer-

boton, apareció un segundo, que se ulceró en la parte media de la muñeca y se cubrió por mucho tiempo por una costra seca. Despues de algunos dias se cayó la costra y se presentaron los pezones carnosos. Detrás de la cicatriz precedentemente indicada, se observa un tubérculo que parece situado en el espesor del dermis y presenta el volúmen de un guisante. Por encima de él existe un poco de rubicundez y algunas escamas. Desde hace tres semanas, en la parte media, cerca del borde cubital del ante-brazo, cara interna, vió aparecer el enfermo un boton, presentando cierta analogía con ciertos forúnculos, de un rojo erisipelatoso pronunciado, presentando una costra seca hundida en el centro. Este pequeño tumor, que no es doloroso, es algunas veces asiento de picores. (A. Favre, *Du bouton de Biskara* (*Mémoires et comptes rendus de la Société des sciencies médicales de Lyon*, t. I, página 129, años 1861 y 1862).

se como imposible la extincion de los parásitos. De este modo se ha llegado en ocasiones á perpetuarse erupciones que hubieran podido curarse si la exploracion hubiese sido mas completa, y el juicio menos precipitado y decisivo.

Cuando ante erupciones determinadas por la presencia de parásitos, y á pesar de la medicacion parasiticida mejor entendida, se ve persistir el mal y aun tomar mayores proporciones, es menester reconocer la etiología parasitaria, investigar si existe una predisposicion cualquiera, inherente al enfermo, que pueda sostener la erupcion. Entonces, además de las indicaciones terapéuticas relativas á los parásitos, deben emplearse los medios apropiados para combatir la causa general de la afeccion cutánea; en semejantes casos, veremos que, satisfechas las indicaciones de estos dos órdenes de causas, se obtendrán mucho mejores resultados que si se sigue una sola via única y absoluta.

Estos datos prácticos son de la mayor importancia y no deben olvidarse nunca. El establecimiento del grupo de afecciones cutáneas parasitarias, ámpliamente fundado por Bazin, constituye una de las mas bellas conquistas de la ciencia y del arte: cada dia alcanza nuevos éxitos; muchos médicos (Hardy en particular) hacen su campo cada vez mas extenso, y el conocimiento de los hechos en que se apoya se ensancha cada dia.

Seguiremos en este estudio la division natural presentada por Bazin y Hardy; nos ocuparemos sucesivamente de las *afecciones cutáneas debidas á la presencia de parásitos animales y de las dependientes de la existencia de parásitos vegetales.*

ARTÍCULO PRIMERO.

AFECCIONES CUTÁNEAS DEBIDAS Á LA PRESENCIA DE PARÁSITOS ANIMALES. AFECCIONES ZOODÉRMICAS.

1.° SARNA Ó ENFERMEDAD ACARIANA.

Aunque frecuentemente confundida con otras erupciones, la sarna ha sido conocida por los antiguos. En efecto, se ve por las eruditas investigaciones de Dezeimeris (1) que se encuentra claramente indicada en las obras de los griegos y romanos. Los autores árabes hacen tambien mencion de ella, pero no ha sido bien descrita sino por los modernos, cuyas observaciones han derramado nueva luz sobre su naturaleza y causas.

(1) Dezeimeris, *Dic. de med.*, en 30 vol., art. GALE, t. XIII.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *sarna* es una erupcion contagiosa, caracterizada por vesículas ligeramente elevadas sobre el nivel de la piel, constantemente acompañadas de prurito, trasparentes en su vértice, que contienen un líquido seroso y viscoso, situada principalmente en los pliegues de las articulaciones de los miembros, en los intervalos de los dedos, en el abdómen, y además por la presencia de pequeños surcos subepidérmicos, en los que está alojado el *acarus scabiei*, que unas veces parten de las vesículas, y otras están aislados.

Consagrada por un largo uso la denominacion de la *sarna*, cualquiera que sea la etimología que se la dé, merece conservarse, pues corresponde al *psora* de los griegos y al *scabies* de los latinos, y es el primer género de las *dermatoses escabiosas* de Alibert.

La *frecuencia* de la sarna es grandísima, lo que depende de la facilidad con que se trasmite.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—La adolescencia y la edad adulta son las épocas de la vida en que se encuentran mas sarnosos; en efecto, en esta edad es en la que se hallan mas individuos en las condiciones que favorecen el desarrollo de esta afeccion, que ataca tambien á los niños y á los ancianos.

El *sexo masculino* la padece con mas frecuencia que el femenino; pero esto de ningun modo depende del sexo, sino de las costumbres de los sugetos que tienen esta predisposicion. Lo que lo prueba es que por otra parte se ha incluido entre las causas predisponentes el *temperamento linfático*.

La sarna se desarrolla en todas las *estaciones*, y en todos los *climas*.

La *miseria*, el *desaseo* y el hacinamiento, ó solo la reunion de cierto *número de individuos*, como sucede en los ejércitos, hospitales y prisiones, son las circunstancias mas favorables á su desarrollo.

2.° *Causas ocasionales.*—La sarna no se desarrolla espontáneamente, pues las opiniones de ciertos patólogos, tales como Fabricio de Hilden, Riverio, y en estos últimos tiempos Devergie (1), que creen que en ciertas circunstancias esta afeccion puede aparecer espontáneamente como crísis de algunas enfermedades agudas ó crónicas *(sarna crítica)*, no han sido confirmadas por todos los observadores modernos. La sarna se contrae por el *contacto* inmediato de las personas ó de los objetos infestados. El insecto llamado *acarus scabiei* (arador de la sarna) es el elemento esencial del contagio.

(1) Devergie, *Bullet. gén. de thérap.*, 1847.

En una obra de la naturaleza de la presente no podemos entrar en extensos pormenores acerca del *sarcóptero* que engendra la sarna; así, pues, nos diré mas que lo que conviene conocer para ilustrar la patología y algunos puntos de terapéutica, remitiendo al lector para mayores detalles á las obras Rayer (1), Raspail (2), Gras (3), Aubé (4), Cazenave y Schedel (5).

Admitido por Avenzoar desde el duodécimo siglo, despues largo tiempo olvidado, el *arador de la sarna* fue sucesivamente descrito por Hauffenreffer, Cestoni, Joubert y Mouffet, y clasificado por los naturalistas Linneo y Latreille. Sin embargo, en 1812 se dudaba todavía de su existencia, cuando repitiendo Gales sus experimentos en mas de trescientos sarnosos en el hospital de San Luis, pareció demostrar su presencia de una manera incontestable. Alibert (1813) y Biett (1818) buscaron, como lo indicaba Gales, el insecto en las vesículas, no lo encontraron, y las investigaciones [illegible] de estos dos observadores hacían poner en duda los resultados de Gales. [illegible] en 1834 Renucci, alumno de la Escuela de Medicina, demos- [illegible]

[illegible]

Para encontrarle conviene saber que en la extremidad libre de los surcos, que por la otra terminan en una vesícula, ó que tiene una y otra las extremidades de los surcos aisladas, la epidermis está un poco levantada, y en este paraje se observa un pequeño punto pardusco. En este punto es en el que es preciso buscar el insecto: se introduce oblícuamente la punta de un alfiler debajo de la epidermis, se vuelve la hoja epidérmica levantada y debajo se ve un pequeño cuerpo blanco, que se pega fácilmente á la punta del instrumento; se le extrae y se le pone sobre un vidrio; este pequeño cuerpo blanco y redondeado es el arador. El insecto se queda al pronto inmóvil; pero pasados algunos minutos agita sus patas y bien pronto anda rápidamente.

po, cuya superficie está cubierta de estrias lineales, está provisto de ocho patas, cuatro anteriores y cuatro posteriores; se parece á una pequeña tortuga con apéndices filiformes en su superficie. Los sarcoptas son unisexuales los machos, cuyo descubrimiento se debe á Bourgogne y Lanquentin, son mas raros que las hembras, y se distinguen por los siguientes caractéres: «son mas pequeños, mas oblongos, mas planos, mas pardos y menos vivos; tienen un rostro proporcionalmente mas pequeño y menos triangular; carecen de una parte de los apéndices córneos dorsales; sus apodemas anteriores pasan del tercer del cuerpo y llegan al medio sus patas posteriores están menos separadas entre sí; sus epimeras se encuentran unidas á la derecha y á la izquierda; el tercer par tiene pelos mas largos; en fin, el último par es mucho mas corto y terminan por una ventosa.



Fig. 57.—Sarcopta de la sarna (hembra) cara ventral.—a, Su huevo. (Lanquetin.)



Fig. 58.—Sarcopta de la sarna, cara dorsal. (Lanquetin.)

«El aparato genital macho existe en la parte media del cuerpo entre el tercer par de patas. La vulva se encuentra en la cara inferior á poca distancia del apodema esternal; consiste en una hendidura un poco sinuosa, de 0mm,055 de longitud.» (Ch. Robin.)

Segun dicen los observadores mas modernos, el arador de la sarna se encuentra siempre en los surcos y nunca en las vesículas, y siempre ocupa una de las extremidades del conducto subepidérmico que se ha labrado. Los experimentos de Aubé le han inducido á concluir que este arador es un insecto *nocturno*, que no encontrando un retiro bastante seguro en los pliegues de la piel ni en los pelos que la cubren, se labra un abrigo debajo de la epidermis, y en esta especie de madriguera está oculto todo el dia; por la noche, para proveer á su subsistencia, abandona su retiro, recorre todo el cuerpo, le ataca en varios puntos, y cada una de sus mordeduras produce una pequeña vesícula. Al rayar el dia el insecto entra en su albergue.

En vista de los pormenores en que acabamos de entrar, sentaremos esta cuestion: *el acarus ¿es la causa esencial de la sarna?* Aubé ha deducido de sus investigaciones las consecuencias siguientes: 1.°, la sarna es una afeccion sintomática producida por la presencia de un insecto aracnoides llamado *sarcoptes hominis*; 2.°, no es contagiosa sino por la trasmision de este insecto; 3.°, el contagio es frecuente por la noche y rara vez por el dia; 4.°, la medicacion no debe tener mas que un solo objeto, á saber, la muerte del insecto y de sus huevos.

Estas conclusiones, á las que conducen igualmente los trabajos de Gras, Renucci (1) y Bourguignon (2), no han parecido á Biett, Rayer, Cazenave y Shedel que se deben adoptar en todo su rigor. Estos dos últimos le han hecho algunas objeciones, que los autores del *Compendio de medicina práctica* (3) han tratado de refutar.

En resúmen, en la actualidad la mayor parte de los médicos han adoptado la opinion de los autores que han estudiado con cuidado el arador. Es verdad que Devergie (4), fundándose en algunos hechos en los cuales habiendo sobrevenido una enfermedad, la sarna ha desaparecido para volver á aparecer en la convalecencia, cree todavía en la generacion expontánea. Pero estos hechos no son decisivos, porque se puede concebir muy bien que los aradores estén entorpecidos durante la enfermedad, y aun que los huevos hayan sido detenidos en su desarrollo. ¿No vemos animales de esta especie pasar uno y aun mas años en este estado?

En unas consideraciones muy interesantes acerca de esta enfermedad, Chaussit (5) ha combatido las opiniones de Devergie *acerca del desarrollo expontáneo* de la sarna, y ha demostrado que solo se puede atribuir á la trasmision del acarus.

La sarna de los animales no puede comunicarse al hombre.

(1) Renucci, Tésis. Paris, 1836.
(2) Bourguignon y Delafond, *loc. cit.*
(3) Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. V, art. INSECTOS.
(4) Devergie, *Bull. gén. de thérap.*, Febrero de 1847, y *Traité des maladies de la peau*, 3.ª ed., p. 484.
(5) Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. 386.

La cuestion de trasmision ha sido aun muy discutida. Bourguignon la consideraba hace cuatro años como imposible, y Leblanc considera el acarus del perro como diferente por su forma del de el hombre sobre cuya piel no podria vivir. Pero Ch. Robin, en su estudio especial *sobre el sarcopta de la sarna humana*, cree que puede vivir sobre el hombre, y que no deben hacerse tantas especies diferentes como animales son susceptibles de ser atacados, como lo han hecho algunos autores (1), Bourguignon y Delafond, en oposicion á su opinion anterior, admiten hoy «como un hecho constante y demostrado el contagio de la sarna de los animales carnívoros (leon) y de los herbívoros (caballo) al hombre,» así como la influencia de la debilidad y de la caquexia, como condicion primera del contagio á lo menos en los animales (2).

§ III.—Síntomas.

Siempre aparecen los primèros *síntomas* en los puntos del cuerpo que han estado en contacto con un sugeto que padece de sarna, y en particular en las muñecas y en el intervalo de los dedos. En los sugetos en quienes la piel de las manos está endurecida, tales como los herreros, los que trabajan en ácidos concentrados, etc., se la encuentra de preferencia en los brazos, en las axilas, y en el vientre; en las manos, en los sastres que se sirven de almohadillas comunes á todos los operarios de un obrador, y en las nalgas en los niños de pecho, por hallarse estas partes en contacto con las manos y los antebrazos de las nodrizas.

Añadiremos que, segun investigaciones de Piogey, se encuentra con frecuencia en las demás partes del cuerpo.

Mientras que en el hombre el punto de eleccion es el miembro viril, en la mujer lo son las mamas.

Los síntomas consisten primero en un *prurito* ligero, que se aumenta de una manera notable por la tarde, y que se hace especialmente intenso durante la noche. El calor de la cama, las bebidas alcohólicas y todo lo que acelera la circulacion le hacen muy violento.

Bien pronto aparecen *vesículas* mas ó menos numerosas; son pequeñas, discretas, puntiagudas y trasparentes en su vértice. Si se abren, fluye una serosidad trasparente y viscosa, y su número varía mucho. En invierno, en los sugetos débiles y de edad, apenas existen sino en los puntos sometidos al contacto, así se ven algunas diseminadas entre los dedos ó las muñecas. Por el contrario en estío, en sugetos sanguíneos ó linfáticos, en las mujeres y en los niños parecen muy numerosas. La erupcion puede estenderse á casi todo el cuerpo; pero, sin embargo, respeta siempre la cara y la piel de la cabeza.

(1) Ch. Robin, *Mém. cité. (Mémoires de la Société de biologie*, 2.ª série, t. I, p. 27).
(2) Bourguignon y Delafond, *Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 2.ª série, año 1856. Paris, 1857, t. III, p. 32.

El *prurito*, cuya intensidad se aumenta con la abundancia de las vesículas, se hace muy insoportable; los enfermos se rascan y rasgan las vesículas, cuyo líquido se derrama y se concreta en pequeñas costras delgadas, poco adherentes. Algunas veces los sarnosos se rascan con tanta violencia que hacen dar sangre al dermis denudado en el fondo de las vesículas; entonces se forman pequeñas costras sanguíneas semejantes á las del prurigo.

Las vesículas, que ordinariamente son el primer síntoma local despues del prurito, pueden estar precedidas de *surcos;* estos, que se presentan bajo la forma de líneas punteadas negruzcas, de algunos milímetros de largas, terminan ordinariamente por una de sus extremidades en una vesícula, á veces están aislados y no es raro encontrar vesículas en su trayecto y en las inmediaciones. Las *vesículas aisladas* desarrolladas en los puntos en que no hay surcos, se ven principalmente en el tronco, en los antebrazos y en los muslos, y son muy raras en los pies y en las manos. Es inútil añadir que para volver á encontrar estos caractéres es necesario examinar al enfermo antes de que haya sufrido ningun tratamiento y que los roces hayan destruido las vesículas ó los surcos.

En algunos casos, en sugetos robustos, sanguíneos y pletóricos, que viven con desaseo, se rascan con violencia ó hacen abusos de excitantes; la *inflamacion del dermis* se hace mucho mas intensa. Se ve aparecer, en medio de las vesículas psóricas, pústulas ya pequeñas y discretas como las del *impétigo*, ya de base inflamada y ancha como las del *ectima*, y algunas veces son pápulas mas ó menos numerosas semejantes á las del *liquen*. Estas complicaciones son las que han inducido á admitir una *sarna pustulosa* y una *sarna gruesa*, etc., divisiones que deben desecharse. Biett, Rayer, Cazenave y Shedel no admiten mas de una especie de sarna, encontrándose á veces forúnculos, y aun abscesos complicando la afeccion principal.

Bœck (de Stockholm) ha tenido ocasion de observar un caso de sarna en el hombre con formacion de costras espesas esparcidas en casi todo el cuerpo y compuestas de acarus muertos, de células de epitelio, de escamas, etc., creyendo ver en este caso una sarna diferente de la conocida, lo que no confirmaron sus investigaciones posteriores ni Bourguignon (1). Second-Féréol (2) ha publicado una observacion muy notable bajo otros puntos de vista (3), de un caso de sarna de forma insólita, observada en un enfermo de la visita de Cazenave, caracterizada por una escesiva multitud de parásitos, á la

(1) Bœck (de Stockholm) y Bourguignon, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 2.ª série, t. I, año 1854, p. 68.

(2) Second-Féréol, *Observation de gale de forme insolite, avec formation de croûtes trèsépaisses, constituées par des millions d'acarus* (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 2.ª série, t. III, año 1856, p. 97).

(3) Analizado en O. Larcher, *Des lésiones de la peau dans leurs rapports avec d'autres états morbides*.

par que por la formacion de costras que habian hecho tomar la enfermedad, á primera vista, por un *impétigo scabida*. Estas costras extraordinarias estaban compuestas en los dos tercios de su espesor por acarus en diversos grados de evolucion. «Quizá fuera la *variedad crustácea*.»

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Curso.—Como todas las enfermedades contagiosas, la sarna tiene un *período de incubacion*. La duracion de este período varía; pues segun Cazenave y Shedel, en los *niños débiles y flojos* es de cuatro á cinco dias, y solo se prolonga dos dias mas en los muy robustos y muy sanguíneos. En los *adultos*, este período es de ocho á doce dias en la primavera y en el estío, y de quince á veinte en el invierno. Por último, es mas largo *en los ancianos* y mas aun en los sugetos que padecen una flegmasía de cualquier órgano interno.

En los climas meridionales, observa Biett *(lug. cit.)* que en el estío y en la primavera la sarna se desarrolla y marcha con mas rapidez que en el Norte, en el invierno y en el otoño.

Los casos de *retroceso*, de *metástasis* y de *repercusion* de la sarna, de los que nos han dejado los autores los cuadros mas sombríos, nada tienen de decisivos, porque los autores modernos, mas instruidos en el diagnóstico y menos prevenidos por ideas teóricas, no han señalado uno solo; esto es lo que nos enseña la lectura de los trabajos de Alibert, Biett, Cazenave, Rayer y Gibert.

La *duracion* de la sarna es indefinida; pues esta afeccion, abandonada á sí misma, puede persistir años y aun toda la vida, y nunca se cura espontáneamente. Tratada por los métodos ordinarios, su *duracion* varía de seis á veinte dias. Ya veremos mas adelante que con las fricciones generales, como las ordena Bazin, se abrevia considerablemente esta duracion.

La sarna, que jamás se cura espontáneamente, tampoco *termina* por la muerte. La trasformacion en otra enfermedad está lejos de hallarse demostrada, y casi no se la admite en el dia.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Los detalles en que hemos entrado al tratar del contagio nos dispensan de añadir aquí nada.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la sarna, como el de cualquier otra afeccion contagiosa, es de la mayor importancia, pues el menor error tiene sus peligros, tanto para la reputacion del médico como para la seguridad de los enfermos. La presencia del *arador*, cuando se llega á reconocerle, no deja duda de la existencia de la enfermedad, pues

este es el signo patognomónico; pero cuando no se le encuentra, ya porque la sarna sea reciente, la exploracion insuficiente ó porque haya desaparecido el animal, etc., es necesario buscar otras señales.

Los *surcos*, que no pueden haber sido escavados sino por el arador, sea que estén aislados ó que terminen en las vesículas, son un indicio cierto de la naturaleza de la afeccion.

La dificultad en muchos casos de encontrar las vesículas intactas, con los caractéres que las hemos asignado, pone al médico en una situacion embarazosa, en la que no tiene para fundar su diagnóstico ni los surcos ni el arador, y solo se presentan ante su vista superficies arañadas por un rascar irresistible; en estos casos es inevitable la duda.

Las afecciones cutáneas con las que se pudiera confundir la sarna, son el *prurigo*, el *liquen simple* y el *eczema*.

Se evitará el error recordando que en el *prurigo* la lesion elemental es una *pápula;* que el asiento habitual de esta afeccion es el dorso, los hombros y los miembros en el sentido de la estension; que las pápulas, casi siempre rasgadas, presentan en su vértice un coagulito sanguíneo desecado, negro ó negruzco, al paso que las *vesículas* de la sarna, que por lo comun están situadas en el sentido de la flexion, tienen en el vértice, despues de haber sido rasgadas, una escamita delgada amarillenta. Además, en el prurigo el prurito es mas acre y mas quemante.

El *liquen*, constituido por *pápulas* ordinariamente muy aproximadas, conserva el tinte de la piel, y cuando reside en las manos ocupa la cara dorsal y no el intervalo de los dedos. En los miembros cubre ordinariamente las caras externas, y el prurito es mediano. Estos caractéres se diferencian bastante de los de la sarna para que la confusion sea fácil de evitar.

En el artículo Eczema hemos presentado el diagnóstico diferencial de la sarna y de esta afeccion. No le repetiré aquí, y solo daré una observacion hecha por Cazenave y Schedel que me parece ser de la mayor importancia práctica. «Algunas veces se ven, dicen estos autores, algunos sugetos que desde el momento en que han contraído la sarna, experimentan todos los años una erupcion vesicular. Es inútil añadir que no es la sarna, sino un eczema, y las mas veces un eczema simple.»

Pronóstico.—La sarna, por sí misma, es una enfermedad leve. Las complicaciones de ectima, de impétigo, etc., aunque la agravan, jamás la hacen peligrosa.

§ VII.—Tratamiento.

Azufre.—Este es el remedio mas generalmente empleado; y se ha administrado bajo todas las formas, solo ú asociado á otros medicamentos.

Hé aquí las principales:

Pomada de azufre.

Azufre sublimado.... 4 á 6 gram. | Manteca de puerco...... 30 gram.

Se usa en fricciones dos veces al dia.

Pomada de Helmerich.—Esta pomada, que ha gozado de gran voga, ha sido largo tiempo un remedio secreto; pero en 1824 el doctor Burdin (1) dió á conocer la composicion siguiente:

R. Azufre sublimado..... 2 partes.	Manteca de puerco........ 8 partes.
Potasa purificada...... 1 parte.	

Mézclense.

Burdin añade que esta pomada cura en dos dias cuando se aplica del modo que sigue:

1.° Baño jabonoso para preparar al enfermo al tratamiento: 2.°, tres fricciones al dia, hechas delante del fuego, con 32 gramos de pomada; 3.°, un baño jabonoso para limpiar la piel.

«De todos los métodos, dicen Cazenave y Schedel, el que produce mas constantes, mas prontos y felices resultados, y el que ocasiona menos frecuentemente erupciones accidentales, es el de *Helmerich* modificado y empleado casi exclusivamente desde hace muchos años por Biett. Hé aquí la fórmula:

Pomada de Helmerich modificada por Biett.

R. Azufre sublimado........ 2 partes.	Manteca de puerco........... 8 partes.
Subcarbonato de potasa.... 1 parte.	

Mézclese. Se deben hacer al enfermo mañana y noche, sobre todos los puntos que han ocupado las vesículas, fricciones con quince gramos de pomada de cada vez. Se hace tomar igualmente al enfermo un baño simple todos los dias. La duracion media del tratamiento es de doce dias.

Pomada de Laubert.—El método de Laubert consiste en hacer dos veces al dia fricciones con 4 gramos de la pomada siguiente:

R. Azufre............. 10 partes.	Manteca de puerco....... C. S.
Protóxido de plomo.. 1 parte.	

Biett dice que esta pomada tiene la ventaja de calmar el prurito, pero que irrita la piel y no debe emplearse sino en los individuos jóvenes y vigorosos, afectados de sarna simple y reciente. Melier ha dado la fórmula (2) de una pomada con la cual la duracion media del tratamiento ha sido de trece dias, y yo creo debo consignarla aquí.

(1) Melier, *Bull. des sciencies méd.*, 1825.
(2) Burdin, *Méthode du docteur Helmerich*. Paris, 1822.

Pomada de Melier.

R. Subcarbonato de sosa... 64 gram.	Aceite de olivas.......... 128 gram.
Agua................. 32 gram.	Flor de azufre........... 128 gram.

Mézclese.

De una docena de años á esta parte se usa en los hospitales militares de Bélgica una pomada que, segun refiere Florent Cunier (1), solo irrita moderadamente la piel, y no exige mas que un tratamiento cuya duracion media es de siete dias.

Hé aquí la fórmula:

Pomada belga.

R. Flor de azufre.... } aa 3 kilógramos. Cal viva......... }	Agua de lluvia........ 50 kilógramos.

Se pone todo en una caldera de hierro colado, y se reduce por la ebullicion á la densidad de 10 grados.

Los *polvos* de *Pyorel*, que parece han producido en manos de su autor resultados muy favorables, son igualmente recomendados por Biett, quien los ha usado con ventaja. El remedio es el *sulfuro de cal* simplemente triturado, al cual se añade una corta cantidad de aceite de olivas en el momento de usarle. Los enfermos se sirven de 2 *gramos de sulfuro para cada friccion*, que hacen *dos veces al dia en la cara palmar de ambas manos.*

Lociones de Dupuytren.—Este método consiste *en lavar dos veces al dia las partes enfermas con la solucion siguiente:*

R. Sulfuro de potasa... 120 gram.	Agua................. 750 gram.

Se disuelve y se añade:

Acido sulfúrico............................... 15 gram.

Estas lociones han sido alabadas por Percy, el cual ha obtenido de ellas efectos muy ventajosos. A Biett le parecen algo irritantes y no las aconseja sino en los sugetos robustos, y prefiere las *lociones de Alibert*, que no se diferencian en las precedentes sino en las menores proporciones que forman la base de ella. Rayer elogia las lociones siguientes:

Lociones de Rayer.

R. Sulfuro de potasa... 30 gram.	Acido hidroclórico...... 30 gram.
Agua de rio........ 500 gram.	Agua destilada......... 500 gram.

Se vierten 30 gramos de este liquido en 125 gramos de agua caliente.

(1) Florent Cunier, *Bull. gén. de thérap.*, t. XVI, p. 141.

Los *baños sulfurosos*, experimentados por Jadelot (1) y por Biett, quien los ha empleado frecuentemente en el hospital de San Luis, procuran una duracion bastante pronta, y jamás producen accidentes. La duracion media del tratamiento es de veinte á veinticinco dias. En cuanto á las *fumigaciones sulfurosas*, no gozan en el dia de la voga que han tenido en estos últimos tiempos, pues la mayor duracion de este tratamiento que muchos enfermos no pueden soportar, las ha hecho abandonar casi del todo. Se hacen estas fumigaciones con el aparato de Darcet, y la cantidad de azufre que se ha de quemar no debe pasar de 8 á 12 gramos, y la temperatura no debe elevarse á mas de 50 á 52 grados (Reamur). La duracion de cada fumigacion debe ser de 30 á 35 minutos (Biett).

Mercurio.—Tambien se han usado las preparaciones mercuriales en el tratamiento de la sarna; pero en la actualidad se ha reconocido que determinan con frecuencia erupciones accidentales, que pueden ocasionar la salivacion y glositis intensas, y que en fin, cuando se ha recurrido á ellas, la duracion del tratamiento ha sido notablemente mayor. Cazenave y Schedel proponen reemplazarlas por medios mas suaves, y prescriben sobre todo la *pomada cetrina* y la *quinta esencia antipsórica*, que parece tiene por base el sublimado. En cuanto á mí, me contentaré con indicar la *pomada de Werlof*, que ha experimentado Biett, y que se compone del modo siguiente:

R. Protocloruro de mercurio.. 1 parte. | Ungüento rosado............ 8 partes.

Iodo.—Cazenave hace uso de las *lociones ioduradas*, con las cuales ha conseguido la curacion en doce dias, por término medio, en los hombres, y en nueve dias en las mujeres. Hé aquí la composicion:

R. Iodo............	2 gram.	Agua................	1000 gram.
Ioduro de potasio.....	10 gram.		

Se hacen tres lociones al dia.

Plomo.—Si se ha de creer al doctor Leson (2), la sarna hubiera cedido en un espacio de tiempo, cuyo término medio no habria sido mas que de seis dias en los sugetos tratados por el método siguiente, que consiste en hacer *dos fricciones al dia* con 16 gramos cada una de la mezcla siguiente:

R. Litargirio............ 32 gram. | Aceite de olivas....... 128 gram.

Se pone sobre un fuego suave, y se agita la mezcla hasta que el litargirio esté bien disuelto.

Cloro.—Derheins y Fantonetti (3) han preconizado el uso del *clo-*

(1) Jadelot, *Bull. de la Faculté de méd. de Paris*, 1813.
(2) Leson, *Bulle. gén. de thérap.*, t. IX, p. 31.
(3) Derheins y Fantoneti, *Bull. gén. de thérap.*, t. III.

ruro de cal, y aseguran que la curacion se ha verificado del sesto al décimo dia, haciendo *tres ó cuatro lociones al dia con la solucion siguiente:*

R. Cloruro de cal... 48 á 96 gram. | Agua.................. 500 gram.

Eléboro.—El polvo de la raíz de eléboro ha gozado por largo tiempo de mucha reputacion, y forma parte de muchas pomadas antipsóricas, tales como la de Pringle, en las que se encontraba asociado al azufre y á la sal el amoniaco. Biett ha experimentado aisladamente el eléboro, y los cuarenta enfermos que ha sometido á este tratamiento no han experimentado ningun accidente notable, y la duracion de la medicacion ha sido de trece dias y medio. Este práctico se servia de la fórmula que sigue:

R. Polvo de raíz de eléboro blanco................ 4 gram. | Manteca de puerco.......... 32 gram.

Mézclese.

Plantas aromáticas.—Cazenave (1) ha obtenido ventajosos resultados con las *lociones de tomillo:* el término medio del tratamiento solo fué de doce dias, y las lociones se componian del modo siguiente:

R. Tomillo............ 60 gram.
Agua hirviendo..... 1000 gram. | Vinagre................ 250 gram.

Mézclese. Se hacen tres lociones al dia.

Cazenave ha preconizado tambien las lociones siguientes:

R. Esencia de menta.....
Esencia de romero.....
Esencia de espliego.... } aa 4 gram. | Esencia de limon.......... 4 gram.
Alcohol rectificado........ 1000 gram.
Agua..................... 5000 gram.

Se dividen las plantas, se dejan macerar en el alcohol durante diez dias y se filtra.

Bourguignon (2) prefiere la pomada siguiente, que segun sus experimentos, ha matado los aradores y curado la sarna en cuatro dias.

R. Polvo de estafisagria..... 3 partes. | Manteca de puerco hirviendo. 5 partes.

Se vierte el polvo en la manteca y se mezcla, despues se cuela al través de un tamiz claro, y se hacen con esta pomada seis fricciones al dia.

Indicaremos brevemente algunos otros agentes entre los innumerables medicamentos elogiados en el tratamiento de la sarna, tales como la *pomada ácida de Alyon* (*ácido nítrico*) y de Crollius; el *ta-*

(1) Cazenave, *Bull. gén. de therap.*, t. XX, p. 112, 1841.
(2) Bourguignon, *Revue médicale*, Enero, 1847.

baco, empleado por Boerhaave y experimentado por Melier; la *brea*, de la que parece que Alibert (1) dice que ha obtenido buenos efectos; el *alcanfor* y el *amoniaco* ensayados por Melier; los *linimentos* de Valentin y de Jadelot; las lociones de *ácido sulfúrico* dilatado (30 á 40 partes de agua por una de ácido), empleadas por el doctor Laine en seiscientos sarnosos (2), con la duracion por término medio de ocho dias de tratamiento; el *aceite de olivas* en fricciones recomendadas por Delpech y empleadas casi sin ningun resultado por Biett; la *esencia de trementina*, propuesta por Aubé, como dotada de la propiedad *acarotóxica*; la *estafisagria*, alabada por Ranque (3), empleada en lociones; el *jabon* igualmente usado en lociones por Thomann y Helmerich (4), etc. Por último, Pentzlin (5) ha indicado una fórmula cuyos efectos alaba demasiado para que no la reproduzcamos aquí, y es la siguiente:

R. Pez líquida.......... 2 partes. | Manteca salada........... 2 partes

Se hacen derretir juntas y se añade:

R. Subcarbonato de potasa. .... 1 parte.

Cualquiera que sea el método que se adopte, es necesario suspender todo tratamiento si viene á complicar la sarna alguna erupcion accidental, y administrar á los enfermos bebidas diluentes ó un poco acídulas. Si la sarna está acompañada de una inflamacion marcada del dermis, Biett recomienda el uso de los antiflogísticos, y cuando está calmada la irritacion, recurre á los baños sulfurosos que le han parecido ser el medio mas ventajoso. Para asegurar la curacion y evitar las recidivas, Cazenave y Schedel aconsejan *desinfectar los vestidos*, sobre todo de lana, por una corriente de gas ácido sulfuroso, y continuar durante algunos dias el uso de baños simples.

Recientemente, Bazin (6) ha establecido como principio que *se deben hacer las fricciones sobre todo el cuerpo*, y que este es el punto capital del tratamiento. Todos los medios propuestos para la curacion de esta enfermedad logran este objeto en mas ó menos tiempo, pero siempre con grande rapidez si se tiene cuidado de hacer fricciones en todo el cuerpo. Las preparaciones á las que Bazin da la preferencia, son la pomada de Helmerich, que cura la sarna en dos fricciones cuando la enfermedad es simple, y el aceite de brea ó la pomada de Bajard en las sarnas complicadas de eczema, ectima y de impétigo. Este médico ha llegado á deducir esta consecuencia impor-

(1) Alibert, *Bull. de thérap.*, t. IX.
(2) Laine, *Bull de l'Acad. roy. des sciences*, 20 Setiembre, 1834.
(3) Ranque, *Mém. et obs. clin. sur un nouv. procédé*- Paris, 1811.
(4) Thomann y Helmerich, *Journ. gén. de méd.*, 1813.
(5) Pentzlin, *Journ. der Chirurgie und Augenheilkunde*, von Graefe und Walther. 1836.
(6) E. Bazin, *Nouveau mode de traitement de la gale* (*Union médicale*, 9, Julio de 1850).

tante: que haciendo fricciones generales puede usarse *un cuerpo graso cualquiera* sin que se prolongue notablemente el tratamiento, y que se cura siempre mas rápidamente la sarna que por los procedimientos ordinarios; porque los enfermos que anteriormente habian tenido necesidad de doce ó quince dias para completar su tratamiento, fueron curados de este modo en el espacio de dos ó tres dias.

Hardy emplea una medicacion mucho mas pronta, cura en menos de dos horas.

Desde la entrada del enfermo, se frota todo su cuerpo durante media hora con jabon negro, cuya limpieza produce la rotura de algunos de los surcos donde se cobija el acarus; despues se le sumerje en un baño simple por espacio de una hora, que reblandece la epidermis, y en el cual el sarnoso continúa frotándose. Despues del baño se practica una friccion durante media hora. El tratamiento dura en su totalidad dos horas.

La pomada que emplea Hardy no es idéntica á la pomada de Helmerich, es menos irritante y se compone de:

R. Manteca.............	300 gram.	Subcarbonato de potasa.....	25 gram.
Azufre..............	50 gram.		

En la práctica de la poblacion es con frecuencia difícil emplear este tratamiento; entonces se harán fricciones en extensas secciones con agua ó glicerina (glicerina 200 gramos, esencia de menta ó de espliego 3 á 4 gramos).

Los baños simples disiparán generalmente, al cabo de pocos dias, las erupciones secundarias que acompañan á la sarna.

Cuatrocientos enfermos sometidos á este tratamiento obtuvieron la curacion con rapidez, excepto cuatro, dos de ellos niños que se frotaron incompletamente; la sarna reapareció, así como en los otros dos. Quizá estos últimos la contrajeron de nuevo.

Es menester no emplear los agentes parasiticidas sino cuando la agudeza de las erupciones inflamatorias concomitantes desaparecen casi por completo bajo la influencia de antiflogísticos generales ó locales.

Este tratamiento, un poco modificado, ha dado en el Hospital Militar de Gros-Caillou resultados tan ventajosos que conforme al informe dado por el Consejo de sanidad del ejército (1), se ha establecido en todos los cuerpos de ejército el tratamiento siguiente:

El enfermo toma un baño de tres cuartos de hora, y se fricciona fuertemente todo el cuerpo con jabon negro; inmediatamente al salir del baño jabonoso, friccion general durante veinte minutos con la pomada de Helmerich (de 70 á 100 gramos). Despues de seis horas de reposo nueva friccion general, y despues toma el enfermo un baño templado que completa el tratamiento.

(1) Michel Lévy, *Rapport sur le traitement de la gale, adressé au ministre de la Guerre*, Paris 1852, en 8.°

El doctor Millot (1) ha usado las fricciones generales con el mejor éxito, pero sirviéndose de la pomada siguiente, que es mas fácil de preparar que la pomada de Helmerich, y que produce una curacion mas pronta. Millot aprendió este procedimiento del doctor Legrand, de Nello. Hé aquí en qué consiste:

Por la noche, al acostarse, se deberán hacer lociones en todo el cuerpo con agua de jabon, de modo que se limpien bien las partes sucias con el objeto de preparar la piel á las fricciones que se van á practicar.

Hácia las cuatro de la mañana se hacen fricciones en todo el cuerpo particularmente en los parajes en que son mas aparentes los granos y mas viva la comezon con la pomada siguiente:

R. Manteca de puerco...	125 gram.	Cloruro de sodio comun.....	4 gram.
Flores de azufre.....	16 gram.		

H. s. a. pomada, divídase en cuatro partes.

Con una segunda parte se friccionará el enfermo, como la vez primera, seis horas despues de la primera friccion, esto es, á las diez horas.

A las cuatro de la tarde, tercera friccion con la tercera parte.

En fin, seis horas despues, como á las diez de la noche, la cuarta y última friccion.

El enfermo se acuesta entonces con la misma camisa que tuvo durante el dia, y al levantarse al dia siguiente, se le lava de nuevo todo el cuerpo con agua de jabon como la víspera.

Solamente por limpieza, durante el segundo dia tomará un baño sencillo, y se entregan al enfermo los vestidos, que han debido colocarse en un horno caliente. Esta precaucion es preferible al lavado, porque destruye mejor el acarus.

Decaisne (2), Bouchut (3), Guizard (4), recomiendan recientemente el uso de unturas hechas con aceite de petróleo. Este remedio, que parece haber sido conocido de los antiguos (5), no ha dado los mismos resultados en el hospital de San Luis. Lailler ha publicado el resúmen de cuatro casos sin resultado. De cuatro casos tratados por Hillairet, hubo un caso dudoso por tres curaciones, y cuatro sin re-

(1) Millot, *Union méd.*: *Sur le trait. de la gale*, 10 de Setiembre de 1850.

(2) Descaisne, médecin principal, *Moyen simple de guérir instantanément la gale de l'homme* (*Gazette des hôpitaux*, 17 de Enero, 1865).

(3) Bouchut, *Gazette des hôspitaux*, 14 de Marzo, 1865.

(4) Guizard, *Sur le traitement de la gale par les huiles de pétrole et de schiste* (*Gazette des hôspitaux*, 6 de Abril, 1865). Este artículo contiene indicaciones sobre el orígen antiguo de esta medicacion.

(5) Fournel, *Sur l'emploi, chez les anciens, de l'huile de pétrole dans le traitement de la gale* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. IX, año 1839).—Véase tambien: Ogniben, *Gazette med. Lombarda*, n.° 32, 1865, y *Courrier médical*, 30 de Setiembre, 1865.

sultado (1). Conviene añadir que en los tres casos en que hubo curacion, se empleó el petróleo en fricciones y no en unturas. «En fin, las unturas con aceite de petróleo no dejan de tener inconvenientes, pues que producen accidentes generales (agitacion, insomnio, fenómenos de embriaguez) y accidentes locales (complicaciones inflamatorias diversas en la piel) (2).» Toda conclusion absoluta en sentido favorable parece, pues, prematura.

2.° ENFERMEDAD PEDICULAR (PITIRIASIS DE ALGUNOS AUTORES).

§ I.—Definicion, sinomia y frecuencia.

Algunas de las formas eruptivas descritas en los capítulos precedentes se encuentran en individuos que albergan á la par parásitos pertenecientes al órden de los hemípteros (3); estos insectos se conocen con el nombre general de *piojos*, y al conjunto de desórdenes que caracterizan su presencia, ha recibido la denominacion de *enfermedad pedicular*. Esta es la palabra que mejor le conviene para espresar la relacion entre la presencia de los piojos y las diversas erupciones concomitantes. La denominacion de *pitiriasis*, á la que se refiere una opinion que prevaleció anteriormente y que hoy tiende á abandonarse, y parece aplicarse mas especialmente al conjunto de alteraciones que acompañan á la presencia de una especie particular de piojos, los *piojos de los enfermos* (*pediculi tabescentium* de Alt); es, pues, una espresion impropiamente empleada cuando se trata de agrupar bajo ella los hechos patológicos que veremos presentan entre sí diferencias muy marcadas, y que solo tienen de comun la existencia concomitante de animales parásitos pertenecientes al mismo órden.

Además de la gran semejanza zoológica que relaciona los *piojos de la cabeza* (*piojos comunes*) y los *piojos del cuerpo* (vulgarmente llamados *piojos blancos*), hay además en las afecciones cutáneas que coinciden con su presencia cierta analogía; el *piojo del púbis*, por el contrario, fácil de distinguir de otras especies del mismo género zoológico (4), se diferencia por su asiento especial en la base de los pelos extraños á la piel de la cabeza, por su modo de picar y la sen-

(1) Lailler, Comunicacion á la Sociedad médica de los hospitales, seccion 24, Mayo, 1865.

(2) Lailler, *loc. cit.* (*Union médicale*, nueva série, t. XXVI, p. 620, Paris, 1865).

(3) Sin embargo, Fabricius considera estos animales como hemípteros degradados y privados de alas (Burmeister). Tal es tambien la opinion de A. F. de Fourcroy (*Entomología Parisiensis*, p. 517, Paris, 1785, y de Latraille (*Familles naturelles du règne animal*, p. 333, Paris, 1825), y ambos los colocan entre los insectos apteros.

(4) Leach ha propuesto formar un género distinto con el nombre de *phthirus*; lo que tambien Latreille hizo por su parte (*loc. cit.*, p. 333).

sacion dolorosa que determina, y en fin, por algunas otras particularidades sobre las que insistiremos.

Nos ocuparemos sucesivamente de los desórdenes que se observan: 1.°, *en la piel de la cabeza*, en coincidencia con la presencia del *pediculi capitis*; 2.°, *en la superficie general del tegumento* invadido por los *piojos del cuerpo* ó *piojos de los enfermos*; y 3.°, estudiaremos las alteraciones producidas por la presencia de los *pediculis púbis* (1).

§ II.—Descripcion y etiología.

1.° *Piojo de la cabeza.*—El piojo de la cabeza (fig. 59) se encuentra en las personas sucias, mal peinadas, y sobre todo en los niños, si se exceptúan entre los individuos muy jóvenes, por ejemplo, los que no han comido aun (Natalis Guillot).

El animal pica y hace succion en la cabeza por medio de un aparato bucal representado en la figura 60; la comezon particular que experimentan los pacientes, es producida por el aguijon del macho (figura 59, *b*).



Fig. 59.—Piojo de la cabeza.—*A*, hembra vista por el dorso; *B*, extremidad abdominal del macho para demostrar un pequeño aguijon; *C*, huevo ó liendre adherido á un pelo. (De Geer.)



Fig. 60.—Rostro *A*, tubérculo bucal que comienza á salir; *B*, el mismo muy prolongado y tubuloso; *a*, cuerpo del rostro; *b*, gancho de su extremidad; *c*, aguijon formado por cuatro filamentos capilares.

Relativamente á las picaduras que el insecto hace en la piel, se ha investigado saber con qué objeto las hace, y se ha creido que era con el objeto de introducir su aparato de succion. Se ha sostenido tambien que por esta via hacia penetrar los huevos en el espesor del dermis, dando ulteriormente origen á tumores particulares de cuya

(1) *Caractéres diferenciales de las cuatro especies de piojos de que nos vamos á ocupar:*

Cuerpo	oblongo con coselete distinto......	ceniento (muy oval)..............		1. Piojo de la cabeza.
		blanquecino con abdómen	oval...	2. Piojo del cuerpo.
			sinuoso.	3. Piojo de los enfermos.
	redondeado con coselete confundido............			4. Piojo del púbis.

historia volveremos á ocuparnos. Pero hoy se sabe, y no puede dudarse, que los huevos de los piojos, conocidos con el nombre de *liendres* (fig. 59, *c*), se presentan bajo la forma de pequeños cuerpos blanquecinos, oblongos y aun piriformes, aglutinados á los cabellos.

Los piojos de la cabeza pueden ser mas ó menos numerosos. Si su número es muy considerable, puede la irritacion producida determinar pústulas y costras impetiginosas. «Una variedad del impétigo, el *granulato*, va acompañado casi constantemente de piojos, de modo que, sobre todo en estos casos, seria imposible decir si el impétigo ha determinado los piojos, ó si estos han producido el impétigo.

»En los casos en que los piojos son muy abundantes, la cabeza es casi constantemente el asiento de una secrecion húmeda y viscosa que aglutina los cabellos. No es raro, á consecuencia de la inflamacion local, el ver al mismo tiempo pústulas de ectima; forúnculos desarrollados en la superficie de la cabeza, y aun formarse verdaderos abscesos en el tejido celular subyacente. Estos abscesos se abren espontáneamente y se cubren de una costra amarilla, por debajo de la que se encuentra á veces la cavidad del absceso llena de piojos (1).» Semejantes *balsas pediculares* se han visto por muchos autores, especialmente por Devergie (2), sin que pueda explicar su modo de formacion de un modo satisfactorio; y su existencia ha servido y aun sirve hoy de base á la teoría de la generacion espontánea de los animales. No insistiremos mucho en esta cuestion, que puede estudiarse en los tratados especiales, así como el caso singular observado por Rust y publicado por Bremser (3). Nos limitaremos á recordar la hipótesis emitida por P. Rayer, á saber, que las bolsas pediculares ¿serán formadas por los folículos cutáneos dilatados, en los que el pediculi penetrando se reproduzca (4)?

Como quiera que sea, cuando se reunen los piojos en número considerable sobre la piel de la cabeza, dan lugar á diferentes formas eruptivas que ya hemos indicado; entonces con frecuencia exhala un olor particular penetrante, nauseabundo, es un espectáculo repugnante el que presentan ciertas cabelleras movibles y animadas por sus numerosos parásitos.

2.° *Piojos del cuerpo.*—El *piojo del cuerpo ó de los vestidos* (figura 61), largo tiempo confundido con el de la cabeza, fué distinguido por Geer. Se encuentra en las diferentes partes del cuerpo, sobre todo cerca del cuello y en los vestidos. Determina vivos picores, y van generalmente acompañados de prurito. Hemos ya indicado precedentemente (5) algunos caractéres del prurigo pedicular, y solo aña-

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, Paris, 1863, 2.ª parte, p. 190.
(2) A. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 3.ª edicion, Paris, 1863, página 516.
(3) P. Rayer, *Dictionnaire de médecine* en 21 vol. Paris, 1826, t. XXVI, p. 443.
(4) A. Devergie, *loc. cit.*, p. 516.
(5) Véase anteriormente art. PRURIGO.

diremos que se observa principalmente en los personas de edad colocadas en malas condiciones higiénicas.

3.° *Piojos de los enfermos.*—Es el *piojo de los enfermos* que parece producir la enfermedad largo tiempo descrita con el nombre de *pitiriasis*, enfermedad casi olvidada hoy, y los autores solo refieren ejemplos en que los insectos fueron tan abundantes que hicieron hacer la hipótesis de la generacion espontánea para explicar su rápida aparicion. Los casos referidos por Bremser, Morouval, Bernard Valentin, G. Heberden, se han puesto en duda con frecuencia (1); sin embargo, Julio Cloquet ha visto en un enfermo millares de piojos acumulados en una bolsa subcutánea; y Cazal (d'Agde) cita un viejo de sesenta y cinco años, que no podia rascarse sin hacer salir del cuello y de las espaldas un verdadero enjambre de piojos. Sobre el orígen de las bolsas que contienen los *pediculi tabesticum* existe la misma incertidumbre que para los *pediculi capitis*.


Fig. 61.—Piojo del cuerpo.

4.° *Piojo del púbis.*—El *piojo del púbis* (fig. 62), conocido con el nombre vulgar de *ladilla*, se adhiere al vello de las partes sexuales, al de las axilas, cejas, pestañas, patillas, y aun á los mismos párpados (Celso). Sin embargo, este parásito que, segun Moquin-Tandon (1), solo se habia encontrado hasta ahora en la raza blanca, no invade la piel de la cabeza, y solo excepcionalmente aparece fuera de la region pubiana. Su picadura es mas fuerte que la de los otros piojos, y la piel se cubre en seguida de pequeñas manchas rojizas y de gotitas de sangre. El insecto permanece sólidamente adherido al tegumento, y se fija á la base de los pelos, por lo que es difícil distinguirle. El piojo del pubis no se reproduce tanto como las demás especies del mismo género, y puede llegarse casi siempre á reconocer su orígen extraño al individuo que le lleva, lo que no es siempre posible en los demás piojos.



Fig. 62.—Piojo del púbis (ladilla).—a, Su huevo, adherido á un pelo.

§ III.—Curso, pronóstico.

«La enfermedad pedicular de la cabeza, es por lo comun discreta, sobre todo cuando se ha trasmitido de niño á niño ó de un adulto á otro, aunque pueden no presentar los mismos fenómenos. Así, cuando

(1) P. Rayer, *loc. cit.*, p. 445.
(2) A. Moquin-Tandon, *Éléments de zoologie méd.*, 2.ª ed. Paris, 1862, p. 286.

un niño se pone un gorro que contenga uno ó varios piojos, se adhieren estos á los cabellos, dan lugar á reproducciones sucesivas y los piojos se diseminan poco á poco á toda la superficie de la piel y determina picor, á cuya consecuencia se producen ligeras erosiones á consecuencia del rascado. El niño no está molesto por otra cosa, y la piel no tiene otra enfermedad. Cuando, por el contrario, la afeccion nace espontáneamente, se observa primero el picor, despues la piel segrega un humor muy viscoso que aglutina los cabellos, los pone apelmazados, húmedos hasta el punto de poder conocerse á simple vista la enfermedad pedicular de la cabeza. Y cosa notable, solo hay siempre una porcion de la cabeza enferma, á no ser que la enfermedad sea antigua. Los piojos se reparten por la totalidad de los cabellos; pero el foco del mal, que es único ó múltiple, está claramente circunscrito. Por una parte resulta que el pelo está aglutinado en muchas mas ó menos considerables, y por otra los piojos se diseminan, y abandonando el foco originario dejan en pos de sí por el trayecto que recorren sus liendres ó huevos en los cabellos de modo que estos se cubren en su longitud de pequeños puntos agrisados, redondeados, que muy pronto han de convertirse en insectos. La misma piel se escoria, se humedece y pone costrosa; el dermis se desnuda, y aun en algunos casos se producen ulceraciones agrisadas de mal carácter.

«Abandonada á sí misma la enfermedad pedicular de la cabeza en el niño y en el adulto, es fuente permanente de molestias, sobrexcita el sistema nervioso, determina insomnio, agitacion, despues inapetencia y demacracion, de modo que continuando descuidados los piojos puede caer el niño en una especie de marasmo (1).»

Tambien añadiremos que en muchos autores se encuentran citas de casos de muerte determinada por la *pitiriasis*: un rey, Antioco, el filósofo Pherecydo, el dictador Sylla, Agrippa, Valerio Máximo, el emperador Arnoldo, el cardenal Duprat y Felipe II, rey de España, fueron atacados de la enfermedad pedicular y sucumbieron, etc. Pero si la enfermedad pedicular ha producido en algunos casos tan funestos efectos «puede en algunas enfermedades graves considerarse como solucion crítica muy ventajosa (A. Devergie)» (2). Debemos solo recordar esta opinion sin insistir en ella.

§ IV.—Tratamiento.

Se ha discutido y aun se discute si es siempre oportuno el hacer desaparecer los piojos. Se citan casos que parecen contraindicar toda intervencion destructora de los parásitos; pero examinando con cuidado los casos nos parece que se han concedido á la supresion de los

(1) Devergie, *loc. cit.*, p. 519.

(2) A. Devergie, *loc. cit.*, p. 512.—Véase tambien para mas detalles sobre el asunto P. Rayer, *loc. cit.*, p. 445 y 446 (indicaciones bibliográficas).

piojos inconvenientes que realmente no tienen y que tal vez habria mas exactitud en referirlos á los medios empleados para combatirlos. Si en los niños, por ejemplo, se destruye sin precauciones una cabellera entera para atacar algunos piojos, es natural el achacar sus consecuencias al tratamiento inconveniente. El análisis de los hechos nos conduce á conclusiones semejantes á la que hemos formulado, y tal es hoy la opinion de la mayoría de los médicos. Así es que se demuestra la utilidad que hay siempre de curar los piojos y las erupciones que les acompañan, pero es menester la mayor prudencia en la eleccion de los medios curativos y el modo de ponerlos en práctica.

Para curar la enfermedad pedicular de la cabeza, «es menester frotar con cepillo la cabeza para desprender la mayor cantidad posible de huevecillos, se les cortarán la sexta ó quinta parte de su longitud y repetir esta operacion cada tres dias, teniendo el cuidado de cubrir la cabeza en las porciones en que se quitan este adorno natural (1).» En los niños pequeños se recurre rara vez á la seccion de los cabellos, que pudiera ser peligrosa, prefiriendo los medios ordinarios de limpieza. Tambien se debe espolvorear la piel del cráneo con polvos de *estafisagria* ó practicar unturas, ya con *manteca ó aceite*, ya con *pomada mercurial* ó la *pomada alcalina* siguiente:

Manteca.................... 30 gram. | Carbonato de potasa. 2 gr. (A. Devergie).

El piojo del cuerpo desaparece fácilmente con *baños sulfurosos* ó *fumigaciones de cinabrio;* pero se destruyen aun con mas prontitud empleando simultáneamente el polvo de *estafisagria* (Hardy).

Los piojos del púbis se destruyen con facilidad por medio de *fricciones mercuriales* ó *lociones de sublimado.*

En fin, cualquiera que sea la especie de piojo que se quiera combatir deben cambiarse los vestidos de los enfermos, limpiarlos, pasarlos por lejía y pasarlos por vapores de azufre.

Es menester tambien en los casos rebeldes, cuando reaparecen los piojos, atacar la constitucion del enfermo, modificar sus condiciones higiénicas y elevar las fuerzas administrando un tratamiento general.

Añadiremos tambien, aunque parezca fútil, que un enfermo puede tener á la par sarna y la enfermedad pedicular (independiente de una sifílide) (2), y en semejante caso será menester una exploracion minuciosa, para no tomar una por otra estas afeciones.

(1) A. Devergie, *loc. cit.*, p. 522.
(2) Véase sobre este asunto la observacion recogida por A. Devergie, *loc. cit.*, pág. 524.

ARTÍCULO II.

AFECCIONES CUTÁNEAS DEPENDIENTES DE LA PRESENCIA DE PARÁSITOS VEGETALES. AFECCIONES FITO-DÉRMICAS.

Entre las afecciones comprendidas en la primera seccion, las unas *(tiñas)* se refieren á la epidermis y sistema piloso, otras *(caspas)* dejan este último intacto, situadas exclusivamente en la epidermis, y son producidos por vegetales que han recibido el nombre de *epidermofíticas*. La *pitiriasis versicolor* representa la reunion de las dos caspas epidermofíticas, y seria aquí el lugar de describirlos si no hubiésemos creido mejor, consideradas bajo el punto de vista de sus indicaciones diagnósticas, colocarla al lado de otras formas de pitiriasis que anteriormente hemos estudiado (1). En cuanto á las tiñas, describiremos con este nombre tres afecciones caracterizadas esencialmente por la existencia de ciertos parásitos vegetales; tales son el *favus* ó *tiña favosa* producida por el *Achorin Schœnleinii*; la *tiña tonsurante* dependiente del *Trichophyton* y la *tiña pelada*, que corresponde al *pórrigo decalvans* ocasionada por el *Microsporon Andouini*. Estas tres afecciones se observan casi exclusivamente en la de la cabeza, aunque pueden encontrarse en otras porciones de sistema piloso. Apenas hay en la patología cutánea punto de mas confusion que este, pues con el nombre de *pórrigo* y de *tiña*, que se corresponden exactamente se han confundido afecciones diversas que solo tienen de comun el sitio de la enfermedad. Así, para no indicar mas clasificacion que la de Bateman, diremos que este profesor admite: 1.°, un pórrigo *larvalis*, que no es mas que un impétigo (2); 2.°, un pórrigo *furfurans*, que solo es un eczema en el período de descamacion; 3.°, un pórrigo *decalvans*, que es la tiña pelada, descrita mas adelante; 4.°, pórrigo *lupinoso*; 5.°, pórrigo *scutulata*; 6.°, pórrigo *favoso*. Solo estas tres últimas especies corresponden á la historia del favus.

1.° FAVUS Ó TIÑA FAVOSA.

§ I.—Definicion.

El favus es una afeccion contagiosa de la piel de la cabeza, caracterizada por costras secas, de color amarillo, presentando al principio la forma de hundimientos como dedales, y debidas á la presencia en los cabellos de un parásito vegetal particular, el *Achorion Schœnleinii* (figs. 63 y 64). El nombre de favus dado á esta afeccion

(1) Véase mas anteriormente cap. VI, art. II.
(2) Véase mas anteriormente art. Impétigo.



viene de que la pústula que forma una costra amarilla que presenta una depresion central, lo que le da una semejanza con los alvéolos



FIG. 63.—Achorion de Schœnleiu.



FIG. 64.—Achorion de Schœnlein.—*a, b*, Filamentos de receptáculo; *c, d*, esporos.

de un panal de miel, y por la semejanza de las pústulas con las semillas de *altramuces* (*lupin*) recibe el nombre de *pórrigo lupinosa*.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—El favus se observa en todas las *edades*. Sin embargo, se desarrolla particularmente en la infancia y en la juventud. Parece que ningun *sexo* ni ninguna *estacion* predisponen á él mas particularmente. Lo mismo sucede con el *temperamento* y la *constitucion*. Si esta parece débil y deteriorada en cierto número de tiñosos, es necesario mirar mas bien este estado como una causa que como un efecto de la misma enfermedad.

A estas causas añadiré la *miseria*, el desaseo y el cansancio, cuya influencia es imposible apreciar rigurosamente, y la *herencia*, que sin ser mucho mejor conocida, ha parecido evidente en cierto número de casos.

2.° *Causas ocasionales.*—El *pórrigo favosa* es esencialmente contagioso, y este modo de trasmision está reconocido por la mayor parte de los médicos modernos, y entre otros por Biett, Rayer, Cazenave, etc. El contagio se verifica por el contacto inmediato ó por objetos que hayan servido á los enfermos, tales como gorros, lienzo, esponjas, peine, etc., hechos que son fáciles de apreciar cuando los niños están reunidos en gran número, como en los colegios y en los hospitales. «Sucede con el contagio de la tiña, dice Rayer, lo que con el de otras muchas enfermedades trasmisibles por contacto ó inoculacion; la aplicacion de costras del favus sobre la piel no produce siempre la inoculacion de esta desagradable erupcion.» Los trabajos de los micrógrafos modernos tienden á dar una explicacion muy sencilla del contagio de la enfermedad, puesto que, segun resulta de sus inves-

tigaciones, está constituida por una vegetacion que se reproduce con la mayor facilidad. (Schœnlein, Link, Remak, Lebert, Ch. Robin, Bazin, etc.)

§ III.—Síntomas.

En la *invasion*, el pórrigo aparece bajo la forma de *pústulas* muy pequeñas, que no sobresalen del nivel de la piel, en cuyo espesor están como engastadas; son de un color *amarillo* notable, como azafranadas, y siempre están *atravesadas por un cabello*. Líquida al principio, la *materia* que contienen se *concreta rápidamente* y da lugar á costras, que desde luego presentan un carácter particular, que se puede mirar como un signo *patognomónico* de la enfermedad.

Este modo de invasion es propio de la forma llamada *favus diseminado* en oposicion á la otra forma, á la que se da el nombre de *favus en círculo*. En esta última, la afeccion se manifiesta bajo la forma de *placas* mas ó menos numerosas, regularmente *redondeadas*, y cuya aparicion va precedida de picores algo intensos. Estas superficies, cuya extension varía entre 2 y 3 centímetros, presentan desde luego un estado *granujiento* constituido por la tumefaccion de los conductos pilíferos que se cubren muy pronto de una *escama* blanca, seca y adherente. Este estado puede durar algunas semanas, y entonces solo se ven aparecer por debajo de las laminillas pequeños puntos amarillos que constituyen el favus (1).

Apenas está formada la *costra favosa*, presenta una *depresion central*, que se puede siempre reconocer con la lente y muchas veces á simple vista. A medida que se desarrolla, su depresion se aumenta, se hace cada vez mas marcada y toma la forma de un *alvéolo*. Está ordinariamente *atravesada por un cabello*, y presenta un color *amarillo cada vez mas oscuro;* su *volúmen*, muy pequeño al principio, puede adquirir hasta dos centímetros de diámetro.

Así formadas las costras de la tiña, toman diversas disposiciones. Tan pronto *aisladas* y distintas, se desarrollan sin confundirse y presentan cada una el tipo perfecto del favus, como se observan *confluentes*, se tocan y confunden por sus bordes y dan orígen á placas amarillentas en las que no se encuentra ya la forma redondeada, sino mas bien una multitud de *depresiones alveolares* que corresponden cada una á una pústula primitiva. Algunas veces las costras, como reunidas en una sola, se presentan por placas, y en sus sitios y hácia los bordes la forma redonda y la depresion característica. Estas costras, que muchas veces son adherentes, se ponen notablemente secas, pulverulentas, y caen al menor roce. Este estado se encuentra en los sugetos afectados desde mucho tiempo de pórrigo, y que no han tenido ningun cuidado ni aseo. En semejante caso, la cabeza exhala un

(1) Chausit, *Traité élém. des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. 142.



olor nauseabundo, que se ha comparado al de la orina de gato; además las costras han perdido su color amarillo habitual, son de color blanco sucio, y apenas se ven al través de esta gruesa capa salir algunos cabellos delgados como lanuginosos.

Despues de las caidas de las costras se perciben ligeras *erosiones*; la piel está roja y húmeda, pero bien pronto aparecen nuevas pústulas que dan lugar á nuevas costras. «Conviene notar mucho esta circunstancia, dice Cazenave, porque separa completamente el *favus alveolar impétigo*; en efecto, en esto último se reproducen las costras por una exudacion mas ó menos abundante, pero sin que haya necesidad de que aparezcan nuevas pústulas.» Esta reflexion, fundada en una observacion exacta, tiene gran valor para el diagnóstico.

La *alopecia*, que es un efecto constante de la afeccion favosa, presenta aquí un carácter particular, y es el de ser incurable. Despues de la desaparicion de las costras en los puntos desprovistos de cabellos, la piel no presenta ese aspecto azulado, ese espesor y flexibilidad que tiene en su estado normal, y ofrece todos los caractéres de una verdadera *cicatriz*.

Tambien acompaña al favus un *prurito* muchas veces incómodo, y algunas veces tan intenso que los enfermos se arañan la piel con las uñas. Los niños que le padecen tienen muchas veces la cabeza llena de piojos, y son frecuentemente consecuencia de la enfermedad las escoriaciones dolorosas de la piel de la cabeza y el infarto linfático del cuello.

El *pórrigo favoso* no da lugar á *síntomas generales* dignos de notarse; pero con mucha frecuencia se ha indicado una suspension en el desarrollo físico y moral en los sugetos atacados de tiña.

Por último, no es raro encontrar en el pórrigo antiguo accidentes debidos á *complicaciones*. Agregándose á la tiña alveolar estas complicaciones, que las mas veces consisten en *erupciones de eczema*, de *impétigo* y de *pitiriasis*, agravan necesariamente el estado del enfermo y oscurecen á veces el diagnóstico.

El *asiento* ordinario del pórrigo es la piel de la cabeza; sin embargo, se encuentran tambien pústulas de tiña alveolar en todos los puntos del cuerpo en que existen pelos. Cazenave ha observado muchos casos en el *pórrigo general*; habiéndole visto con frecuencia ocupar el *escroto únicamente*, donde se declaró espontáneamente (1).

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El pórrigo afecta un *curso* contínuo; á la caida de las costras sucede una erupcion de nuevas pústulas que se prolonga así y sostiene el mal.

El favus tiene una *duracion* indeterminada; no es raro encon-

(1) Cazenave, *Union médicale*, 22 Enero, 1852.

trarle en adultos afectados de esta enfermedad, desde los primeros años de su vida. La curacion, que en este caso no se verifica sino á costa de una alopecia incurable, es una *terminacion* rara de la tiña abandonada á sí misma, y este éxito feliz es las mas veces debido á un tratamiento largo y minucioso.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Se han emitido diversas opiniones acerca del asiento anatómico del favus. Duncan y Baudelocque le colocaban en el bulbo piloso, pero otros le miraban como una lesion de los folículos. En el dia se admite, con Letenneur (1) y Cazenave, que el favus tiene su asiento en la extremidad del conducto pilífero, de la vaina que envuelve y acompaña al pelo desde el bulbo hasta su salida.

En estos últimos tiempos, Schœnlein, Link, Gruby (2), Lebert, han encontrado sucesivamente, con auxilio del microscopio, un hongo en los alvéolos fávicos. Cazenave (3), que ha discutido este punto, ha considerado esta opinion como inadmisible; y se funda en la marcha y desarrollo del favus, que es menester reconocer, en efecto, una série de fenómenos que no se encuentran en las producciones, entre las que Gruby quiere colocar el pórrigo; sin embargo, conviene añadir que esta opinion se ha sostenido y desarrollado despues por Ch. Robin (4), Bazin (5), Hardy, etc.

Bazin ha reconocido en particular que el parásito, no solo existe en los alvéolos fávicos, sino que tambien penetra en el espesor de los cabellos, de los que separa las fibras, deduciendo como consecuencia terapéutica, que la extraccion de los cabellos es una condicion necesaria á la destruccion de todos los esporos del vegétal.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Recordando los principales rasgos de la descripcion que hemos dado, será casi siempre fácil llegar á formar el diagnóstico del favus.

Si se le observa en el estado pustuloso y al principio, se hallará esta pústula amarilla y como azafranada, que apenas sobresale del nivel de la piel, en la que está como engastada y deprimida en su centro, tan diferente de la pústula de impétigo, prominente y globulosa. Por otro lado, las costras rugosas, informes y ambarinas, blan-

(1) Letenneur, *Quelques recherches sur le favus*, tésis, Paris, 1839.
(2) Gruby, *Mémoire sur une végétation qui constitue la vraie teigne* (*Comptes rendus de l'Académie de sciences*, 1841, t. XIII).
(3) Cazenave, *Traité des maladies du cuir chevelu*, Paris, 1850, p. 222.
(4) Ch. Robin, *Des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux*, Paris, 1853, en 8.º con atlas de 15 láminas.
(5) Bazin, *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, Paris, 1853.

dujas ó verdosas, como depositadas en la superficie de la piel, que pertenecen á la erupcion impetiginosa, no se parecen á las costras del pórrigo, siempre secas, como azufradas, algunas veces de color amarillo gris, que presentan la depresion en forma de alvéolo y ordinariamente atravesadas por un pelo. La alopecia que acompaña constantemente á la tiña, será tambien un excelente medio de diagnóstico.

Algunas veces, como hemos dicho ya, la aglomeracion de las costras confundidas entre sí hace oscura é indistinta la forma característica. En estos casos es necesario esperar hacer caer las costras, y el desarrollo de nuevas pústulas, seguidas de costras alveolares, vendrá á disipar todas las dudas.

Para completar el diagnóstico del pórrigo, me contentaré con recordar cuánto se diferencia del *eczema*, notable por su forma *escamosa* y su *exudacion*, y de la *pitiriasis* caracterizada por una descamacion sin formacion de costras (1).

Cuando las costras del favus presentan aspecto yesoso, tiene gran semejanza en ocasiones con los antiguos *psoriasis capitis*, cuyos elementos son, sin embargo, siempre mas adherentes que los del favus; además, el psoriasis de la cabeza es rara vez avisado, por lo general existe á la par ó ha existido ya en placas psoriádeas en los codos y en las rodillas.

Pronóstico.—Si se atiende á la larga duracion del pórrigo, á su influencia en la constitucion, al peligro que ofrece su propiedad contagiosa, á la pertinacia con que se resiste muchas veces á los agentes terapéuticos, y á la alopecia, que es una consecuencia inevitable, no se puede menos de mirarle como una afeccion grave, que reclama toda la solicitud del médico. Así, pues, es necesario hacer desaparecer lo mas pronto posible una enfermedad que hace que los que la padecen causen asco á todo el mundo.

§ VII.—Tratamiento.

Dos indicaciones principales, que consisten: 1.°, en *impedir la formacion de las costras*, y 2.°, en *producir la depilacion*, componen el método mas generalmente empleado en el dia y que ha producido mas felices resultados. Este método está, por otra parte, fundado en el estudio anatómico de la tiña. En efecto, es sabido que esta tiene su asiento en la extremidad del conducto pilífero, y que la avulsion del cabello evita, por decirlo así, el desarrollo de la enfermedad. «Yo he observado, dice Cazenave, en apoyo de esta proposicion, que en el paraje en que se ha arrancado el cabello no se desarrollan mas que pústulas simples. La curacion del pórrigo debe, pues, resultar de

(1) Véanse los artículos referentes á estas enfermedades, y para las afecciones parasitarias, los siguientes artículos TIÑA TONSURANTE y TIÑA PELADA.

la avulsion de los pelos sin que haya destruccion ó alteracion del bulbo, puesto que al cabo de un tiempo dado la enfermedad debe dejar de reproducirse por falta de alimento.»

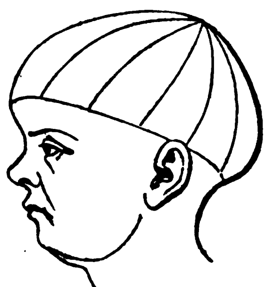


Fig. 65.—Casquete de los tiñosos.

Casquete.—El uso del *casquete* (figura 65), remedio horrible, abandonado en la actualidad á causa de los padecimientos atroces que ocasionaba, llenaba este objeto. Hé aquí en qué consistia:

Se extendia sobre un lienzo la mezcla siguiente:

R. Harina de centeno... 125 gram. | Vinagre blanco........... 100 gram.

Se pone al fuego, se agita, y se añade:

Deuto carbonato de cobre en polvo......... 15 gram.

Se cuece lentamente durante una hora, y se añade:

Pez negra......... } aa 125 gram. | Pez de Borgoña........... 180 gram.
Resina............ }

Cuando todo está derretido, se añade:

Etiope antimonial en polvo.............. 180 gram.

Se agita, y despues se extiende sobre el lienzo.

Despues de haber reblandecido y hecho *caer las costras por medio de cataplasmas y cortado el pelo* con tijeras, lo mas corto posible, *se aplicaba este emplasto sobre la piel de la cabeza*, y se le dejaba aplicado y secarse sobre la piel.

Tres ó cuatro dias despues se le *levantaba bruscamente y al contra pelo*, y despues *se ponia otro segundo*, el que se arrancaba pasado un intervalo igual. *Se renovaba en seguida la aplicacion del emplasto de dos en dos dias*, teniendo cuidado de afeitar la cabeza cuando parecia necesario. Se continuaba esta operacion tan cruel durante muchos meses, y cada cura arrancaba cierta cantidad de cabellos.

Bretonneau y Trousseau dicen que no es doloroso y que no tiene ningun inconveniente; ha producido muy buenos resultados en el hospital de Tours (1).

«La sustancia emplástica de que se hace uso es una mezcla de diversas resinas, de harina y de vinagre, en las proporciones siguientes:

R. Harina de centeno.... 110 gram. | Resina de trementina... 48 gram.
Pez de Borgoña...... 124 gram. | Vinagre blanco........ 1 gran. 250.
Pez resina .... 96 gram. |

(1) Bretonneau y Trousseau, *Du traitement de la teigne par l'emploi de la calotte* (*Bulletin de thérap.*, t. XXXIV, Mayo de 1848).



»Estas proporciones no son sin duda absolutas, y pueden modificarse segun esta ó la otra indicacion particular; pero son las que mas comunmente se emplean, y se encuentran en un gran número de formularios. Así se obtiene una mezcla de color amarillento, que se ennegrece al aire, de consistencia bastante blanda para que se pueda extender fácilmente como una pomada algo espesa.

»Estando el emplasto bien preparado, se cortan pedazos de tela en forma de medias rajas de melon, y por consiguiente verdaderos triángulos isósceles, y de una magnitud tal, que colocando su punta en el vértice de la cabeza, su base llegue á su contorno, y se los cubren de una capa poco gruesa del emplasto del casquete. Se cortan entonces los cabellos bien rasamente, y para mayor facilidad con tijeras encorvadas sobre el plano. Es del todo inútil afeitar la cabeza, y seria muchas veces imposible ó peligroso el hacerlo. Entonces se aplican sobre la piel de la cabeza pedazos de lienzo cubierto del emplasto, teniendo cuidado de aplicar su punta sobre el vértice de la cabeza, de suerte que todos partan del mismo punto, y que formando su base alrededor de la cabeza una misma línea circular, constituyan un verdadero casquete de cachos.

»Para mantener las piezas del aparato exactamente aplicadas, se colocará con ventaja alrededor de la base una venda de la anchura del dedo y bastante larga para dar una ó dos vueltas á la cabeza.

»Dispuesto así el apósito, se seca bien pronto, y se le puede quitar cada cinco ó seis dias para renovarle exactamente de la misma manera. En cuanto crecen los cabellos, se los corta con las mismas precauciones á fin de mantenerlos siempre bien cortos.

»El apósito siempre se quita ordinariamente sin dolor, lo que se comprende muy bien estando los cabellos anteriormente cortados. Sin embargo, si se produjese la menor tirantez dolorosa, bastaria para hacerla cesar bien pronto mojar el apósito. Por otra parte, se renuevan muy regularmente las aplicaciones, hasta que haya desaparecido completamente la enfermedad.

»Es fácil ver que esta medicacion, á pesar de la analogía con la antigua, se diferencia de ella esencialmente; en efecto, no hay avulsion violenta de los cabellos, pues todo se reduce á una aplicacion tópica medicinal.»

Este es casi el mismo procedimiento que preconiza Henriette (1), solo que este médico no aplica mas que algunos vendoletes á la vez y á distancia unos de otros; el dolor es mas intenso cuando están próximos; cuando la epilacion es completa en estos puntos, pone nuevos vendoletes en otras partes; es, propiamente hablando, una epilacion gradual.

Samuel Plumbe habia aconsejado, para evitar los horribles dolores del casquete, *quitar los cabellos uno á uno con unas pinzas pe-*

(1) Henriette, *Bulletin gén. de thérapeutique*, 15 de Octubre 1852.

queñas. Esta operacion, demasiado larga cuando la tiña es un poco extensa, es tambien dolorosa cuando los cabellos están aun adheridos á sus bulbos. Estaba tambien abandonado cuando Bazin (1) volvió á emplearla modificándola y haciéndola mas fácil y menos dolorosa.

Se friccionan durante algunos dias las partes que se quieren epilar con *aceite de enebro*, una *pomada alcalina*, el *aceite de nuez de anacardo* incorporado á la manteca, etc.

Epilacion con una pinza apropiada.

Inmediatamente locion jabonosa é inhibicion con una *solucion de sublimado*, 3 á 5 gramos por 500 de agua.

Continuar las lociones con sublimado durante tres ó cuatro dias, mañana y tarde, reemplazando despues las unturas con la siguiente pomada:

R. Manteca........... 500 gram. | Acetato de cobre............ 1 gram.

Si sobreviene una erupcion pustulosa, se vacían las pústulas con un alfiler.

Si aparecen los alvéolos del favus, se comienza de nuevo el tratamiento. (Bazin.)

Duchesne-Duparc, que cóloca al favus entre las gurmas, su tercera clase de dermatosis, adopta el tratamiento del favus tal como le indica Bazin, y declara que no se obtiene curacion sin epilacion (2).

Método de los hermanos Mahon.—«*Se corta el pelo á dos pulgadas de la piel de la cabeza*, á fin de hacerle caer mas fácilmente con el peine; en seguida *desprenden las costras con manteca de puerco*, ó por medio de *cataplasmas* de harina de simiente de lino, y despues *la cabeza con agua de jabon*. Se repiten con cuidado estas unturas y estas lociones durante cuatro ó cinco dias, hasta que quede bien limpia la piel de la cabeza. Entonces se empieza el segundo tiempo del tratamiento, que tiene por objeto obtener *lentamente y sin dolor* la avulsion de los cabellos en todos los puntos en que se ha desarrollado la tiña.

»Todos los dias se hacen *unturas con una pomada depilatoria*. Estas unturas deben continuarse mas ó menos tiempo, segun que es mas ó menos inveterada la enfermedad. En los dias en que no se pone pomada, se pasa *varias veces un peine fino por los cabellos*, que se desprenden sin dolor.

»Despues de llevar así quince dias de estas curas, se *extienden en los cabellos, una vez por semana, algunas pulgaradas de los polvos depilatorios;* al dia siguiente se pasa el peine en los cabellos á los puntos enfermos, y se da una *nueva untura con la pomada depilatoria*. Estas unturas deben continuarse mas ó menos tiempo, segun la gravedad de la enfermedad.

(1) Bazin, *loc. cit.*
(2) Duchesne-Duparc, *Traité pratique des dermatoses*. Paris, 1859.

»Se continúa así durante mes y medio, y entonces se reemplaza la primera pomada depilatoria con otra mas activa preparada con *manteca de puerco y un polvo depilatorio mas activo*, con el cual se dan igualmente unturas sobre todos los puntos afectados durante quince dias ó un mes, segun la gravedad de la enfermedad. Pasado este término, no se dan ya estas unturas mas que dos veces por semana hasta que hayan desaparecido los puntos rubicundos de la piel. En los dias en que no se hace uso de la pomada se peina al enfermo una ó dos veces, teniendo cuidado de no apoyar demasiado el peine, que se unta de manteca ó aceite.»

Cazenave, que ha experimentado una multitud de medios, nos dice que el método de Mahon es el que ha producido mas felices resultados; así, pues, no titubea en formular su opinion acerca del tratamiento de la tiña de la manera siguiente: «Es evidente, para mí, que el buen éxito de este método derivado del casquete, es debido en primer lugar á la depilacion, y en segundo lugar á los cuidados minuciosos y regulares que los hermanos Mahon tienen con los enfermos que se les confian. En esta conviccion, he hecho proceder desde algun tiempo en mi clínica al tratamiento de la tiña, siguiendo trámites análogos; así, pues, hago untar y espolvorear alternativamente las superficies enfermas con una pomada ó unos polvos depilatorios. Empleando este medio con perseverancia, y principalmente haciendo lavar y peinar con cuidado á los niños, he obtenido resultados verdaderamente notables, pero aun no bastante numerosos y completos.» Este juicio de un médico tan versado en la terapéutica de las enfermedades cutáneas, nos da la medida del valor del método depilatorio.

La *pomada* y los *polvos depilatorios* de los hermanos Mahon son, como es sabido, todavía un secreto; tienen por base preparaciones alcalinas y especialmente la *cal*. Rayer aconseja servirse con el mismo objeto de la pomada siguiente:

R. Subcarbonato de potasa ó de sosa........... 4 á 8 gram. | Manteca de puerco......... 30 gram.

Si la piel está inflamada, quiere que se la lave con la solucion siguiente:

R. Subcarbonato de potasa. 8 gram. | Agua.................... 1.000 gram.

En cuanto á los demás métodos, la mayor parte consisten en el uso de los medios que se emplean diariamente en el tratamiento de las enfermedades crónicas que afectan la piel de la cabeza. Cazenave dice que ha empleado muchas veces con ventaja las *preparaciones alcalinas* para limpiar la piel de la cabeza, los *chorros sulfurosos* ligeros, las *lociones aciduladas* ya con el *vinagre*, ya con el *ácido nítrico*, ya con el *ácido hidroclórico*. Tambien ha usado bajo la misma forma la solucion de *sulfato de zinc*, de *cobre*, de *nitrato de plata* y de *sublimado*.

Biett es el primero que ha experimentado en el hospital de San Luis una pomada cuya base formaba el *ioduro de azufre*, y ha obtenido resultados felices muy notables. Despues de haber empleado por largo tiempo los emolientes y los alcalinos, hacia dar fricciones mañana y noche en la cabeza del enfermo con la pomada siguiente:

R. Ioduro de azufre...... 4 gram. | Manteca de puerco...... 30 gram.

Cazenave dice que ha recurrido con frecuencia á este método, añadiendo, sin embargo, el uso de las lociones alcalinas.

A esta pomada se pudiera añadir una multitud de otras que se han alabado, y citaremos solamente las mas acreditadas; tales son, por ejemplo, aquellas en las que se ha incorporado el *azufre*, los *calomelanos*, el *óxido de manganeso*, la *pimienta*, el *hollin*, el *ungüento cetrino*, etc.

Se ha preconizado la *cauterizacion* en el tratamiento del pórrigo. Este medio, que no puede convenir cuando la enfermedad es muy extensa, no debe aplicarse sino parcialmente y en superficies muy limitadas. Se comprende á qué especies de inconvenientes podria arrastrar el olvido de esta precaucion en el uso de un agente tan enérgico. Por otra parte, las pruebas que se han dado en favor de este medio no son bastante convincentes ni bastante numerosas.

Affre (1) prescribe los *baños de mar frios* durante diez minutos, dos veces al dia, con *aspersion de agua de mar sobre la cabeza*. Cita una observacion de curacion por este plan, y dice haberle dado igual resultado en otros casos: «Hace previamente desprenderse las costras por medio de cataplasmas, y determina derivacion por medio de un vejigatorio al brazo.»

El tratamiento por el *ácido acético*, propuesto por el doctor Wigan (2), debe encontrar aquí su oportuno lugar. Hé aquí la exposicion que se ha hecho (3), y que bastará para dar una idea de él.

Tratamiento del doctor Wigan.—Este método consiste en primer lugar en *afeitar la cabeza dejando un círculo de cabellos*, si no presentan señales evidentes de alteracion. El doctor Wigan emplea en seguida, como medio explorador, el *ácido acético concentrado*, diluido en tres partes de agua; esta primera aplicacion produce el efecto de enrojecer la piel en los puntos enfermos, aun en aquellos que á primera vista parece están perfectamente sanos. Cada uno de estos puntos, así enrojecidos, se *humedecen por medio de una esponjita fijada á la extremidad de una varilla y empapada en ácido acético concentrado puro*. A consecuencia de estas cauterizaciones se *forma una escara;* esta escara aumenta de volúmen, y en cuanto se halla completamente desecada *se la puede desprender*, teniendo cuidado, sin embargo, de no quitarla mientras que la piel subyacente quede en

(1) Affre, *Union médicale*, 17 Febrero 1852.
(2) Wigan, *Journal für Kinderkrankheiten*, Marzo, 1844.
(3) *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 352.

carne viva. Los cabellos crecen en seguida; no obstante, si no se obtuviese este resultado, se deberian emplear otras aplicaciones, aunque haya inconvenientes en repetirlas demasiado.

Hardy resume del modo siguiente el tratamiento del favus, tal como actualmente se emplea generalmente en el hospital de San Luis:

«1.° Se separan las costras del favus y del impétigo que recubren la cabeza, por medio de cataplasmas, de baños ó lociones emolientes. Despues de cinco ó seis dias se caen las costras, y la piel del cráneo presenta una coloracion roja y una ulceracion superficial muy parecida á la que sucede al desprendimiento de las costras del eczema.

»2.° La epilacion constituye la segunda parte del tratamiento. Para hacerla mas fácil se cortan los cabellos, dejándolos de 2 á 3 centímetros solamente; para que sea menos dolorosa, extiende previamente Bazin una capa de aceite de enebro sobre las partes enfermas, para disminuir de este modo la sensibilidad de la piel del cráneo y facilitar la extraccion de los pelos.....

»La epilacion se practica por medio de pinzas de anchos bocados, teniendo cuidado de no coger mas de uno ó dos pelos á la vez, para evitar el romperlos, y en seguida se ejecuta la traccion en sentido de la implantacion de los cabellos; de este modo el dolor es menor y la extraccion mas fácil. Deben arrancarse los cabellos de todas las partes enfermas, pero no es necesario verificar la operacion en una sola seccion. Se epila cada dia una extension de 3 á 4 centímetros cuadrados, y al cabo de algunos dias se acaba por poner todas las partes al descubierto. A medida que se practica la epilacion, es indispensable locionar las partes con la siguiente solucion:

R. Sublimado........ 1 gram. | Alcohol.................. C. S.
Agua..... ...... 500 gram. |

»Se imbibe en esta solucion una compresa, ó un cepillo ó una esponja, y se tiene cuidado de hacerla penetrar por el orificio aun abierto del folículo piloso; continuándose por mañana y tarde durante ocho dias estas lociones parasiticidas.

»3.° Se propone en la última parte del tratamiento establecer un contacto prolongado entre las partes enfermas y los agentes encargados de destruir el hongo, lo que se consigue por medio de las pomadas cuya base es el mercurio ó el azufre:

R. Azufre............. 2 gram. | Manteca......... 30 gram. (1).»

Bazin emplea al principio (2) el acetato de cobre á la dósis de medio á un gramo; pero esta sustancia tiene el inconveniente de de-

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2.ª parte, 2.ª edicion. Paris, 1863, páginas 159 y siguientes.
(2) Véase anteriormente *Traitement de Bazin*, p. 613.

terminar erupciones, y se prefiere hoy el turbit mineral (sulfato de deutóxido de mercurio), que incorpora á la manteca á dósis de medio gramo.

R. Aceite de almendras..	aa 2 gram.	Manteca.................. 15 gram.
Glicerina............		Turbit mineral............ 50 centígr.

En otros casos recomienda Bazin el uso de la pomada siguiente:

R. Manteca........... 20 gram. | Aceite de enebro...., 2 gram. (1).

»Tal es el tratamiento completo de la tiña. Algun tiempo despues los pelos arrancados renacen y aun suelen tomar un color mas oscuro. Además, es raro que sea suficiente una sola epilacion; si al cabo de seis semanas ó dos meses no han tomado los cabellos su carácter primitivo, si están secos y quebradizos, y en fin, si existen costras ó pústulas en la cabeza, es necesario renovar la epilacion y volver á empezar hasta que se obtenga una curacion radical (2).»

Como se acaba de ver, el tratamiento de la tiña es exclusivamente exterior; pero á pesar de esto se han administrado interiormente los *álcalis*, los *sudoríficos*, etc., sin que se pueda determinar su valor, porque siempre se los ha asociado á una medicacion externa de una eficacia reconocida. Sin embargo, el tratamiento interno será un poderoso auxiliar en los casos en que la constitucion débil ó deteriorada deba sostenerse y restaurarse por el uso de los *tónicos*, de los *amargos* y de los *ferruginosos*, y de un *régimen* fortificante.

2.° TIÑA TONSURANTE Ó TRICOFÍTICA.

§ I.—Definicion, sinonimia.

La *tiña tricofítica* es una afeccion especial, que se desarrolla casi exclusivamente sobre la piel de la cabeza, y se observa á veces, aunque por excepcion, en la barba. Está caracterizada por la aparicion de copos y láminas blancas que forman una vaina á la base de los pelos, y dependen de la presencia de un parásito especial (figura 66) que se llama *trichophyton* (Malmsten). La tiña tonsurante ha recibido tambien los nombres de *porrigina tonsurante* (Alibert), *tiña tondante* (Mahon, jóven), *tricofitia tonsurante* (Hardy), *herpes tonsurante* (Cazenave), *tiña tonsurante* (Bazin).

(1) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, 2.ª edicion, Paris, 1862, p. 84.
(2) Hardy, *loc. cit.*, p. 161.

§ II.—Descripcion y curso.



Fig. 66.—Tricofico tonsurante.—a, Pelo enfermo roto en un punto; b, filamento esporoforo articulado; c, esporos.

En el *primer período*, á la par le un prurito mas ó menos in- ;enso, existen puntos rojos, li- geramente salientes y aun ver- laderas manchas circulares, cu- ras dimensiones pueden variar intre las de media peseta ó una noneda de dos pesetas. A veces ambien, aunque su duracion es nuy efímera pudiendo pasar des- ipercibidas, pueden observarse irupciones vesiculosas, dispuestas en pequeños grupos, de modo rariable, que pueden permanecer aisladas durante el curso de la ifeccion, ó reunirse ocupando grandes superficies. La reunion de as placas eruptivas se verifica casi siempre por la extension de los grupos ya existentes, lo que se verifica de un modo regular desde el :entro á la circunferencia, de modo que la forma circular no se pier- le nunca. Tambien indicaremos las formas pustulosas, que en ciertos asos indican la invasion de la enfermedad, y algunas formas papu- osas, que sin ser muy raras, son sin embargo menos frecuentes que ras erupciones, siendo todas determinadas por la presencia del pa- sito vegetal (1).

Ya en este primer período los cabellos presentan un indicio de al- acion apreciable; los cabellos están descoloridos, blandos y secos; hacen friables y se rompen espontáneamente á medio centímetro ximamente de su base: así es que solo imperfectamente pueden aerse con una pinza. No todos los cabellos se alteran en el mis- grado; en los puntos en que germina el tricofiton, y en una épo- róxima á la invasion son raros los pelos rotos, pero á medida ivanza la enfermedad se hacen mas numerosos, y la tonsura se ice.

ı el *segundo período* persiste la picazon, haciéndose tan vivas en el período precedente, pero casi siempre mas francas á cau- la desaparicion de las erupciones sintomáticas. Sin embargo, no siempre atenuados cuando comienza el segundo período, y los nos pertenecientes á ambos períodos se encuentran reunidos na misma superficie enferma; las erupciones sintomáticas se an siempre en la circunferencia, en las partes recientemente ıs.

ıe caracteriza esencialmente el período actual es la aparicion sito en la superficie de la piel, inmediatamente despues de la

n, *Leçons sur les affect. cutanées parasitaires*, 2.ª edicion, p. 170.

rotura de los cabellos y durante la formacion de las tonsuras, se observa en los cabellos y en la piel á la par. En los primeros toma la forma de una vaina de apariencia de amianto, blanco mate, completa ó incompleta; en el último caso, en el centro de una pequeña masa blanca constituida por el hongo, se ve un punto negro que corresponde á la extremidad libre del pelo roto. «Pero con frecuencia la vaina es incompleta y los cabellos completamente ocultos á la vista; no pueden reconocerse sino por la elevacion de la materia criptogámica. Simulan, cuando son muy numerosos, una superficie cubierta de jalea blanca.» (Bazin.) El hongo que se desarrolla sobre la epidermis en el intervalo de los pelos, forma por la reunion de sus elementos, una sustancia en copos ó laminosa, cuyo color blanco es uno de los caractéres mas manifiestos. Las superficies cubiertas de pelos rojos y copos característicos son mas ó menos numerosos, á veces solo existe una sola placa, pero con frecuencia hay muchas aisladas ó reunidas formando anchas superficies tonsuradas, en las que se observan vestigios de la forma circular. Al nivel de estas superficies enfermas, la piel está tumefacta, azulada, rugosa, sobre todo cuando se ha pasado la navaja intempestivamente sobre la placa tonsurante.

Si se examina al microscopio un cabello tomado de una placa de tiña tonsurante, choca por lo pronto la alteracion de su raíz, que en vez de estar redondeada, es aplastada, truncada y aun á veces destruida. «El cabello está doblado y presenta nudosidades en ciertos puntos, ensanchamientos olivares que no se encuentran en el cabello sano: en estos puntos aparece macizo, lleno, y lejos de distinguirse las dos sustancias, solo se observa un amasamiento de esporos. El punto en que se ha roto el pelo (algunos milímetros de la piel), el corte no es regular, parece como espigado y su extremidad parece un pincel, y sus fibras longitudinales están separadas por los esporos. Los órganos reproductores del parásito no se encuentran solo en el pelo, sino tambien en las escamas y el polvo que se adhiere al pelo (1).»

En el *tercer período* se manifiestan nuevas erupciones sintomáticas; pero afectando la inflamacion las partes situadas mas profundamente, tienen estas erupciones mas larga duracion y caractéres diferentes de las erupciones primitivas. Despues no se ven sus vainas ni copos; las tonsuras se hacen pustulosas y se convierten en costras amarillas ó pardas, á través de las que se ven atravesar algunos pelos rotos y alterados. Habiendo entonces cambiado de aspecto la enfermedad, se confunde con frecuencia con el *favus* y sobre todo con la variedad *escutiforme*. Existen casi siempre á la par de las nudosidades verdaderos tubérculos cutáneos ó subcutáneos y forúnculos. En este período se produce una secrecion purulenta muy abundante en el folículo, cuyas paredes se encuentran inflamadas en toda su extension. El pus desempeña entonces, con relacion al hongo que baña, el

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2.ª parte. Paris, 1863, p. 172.

papel de un agente parasiticida; y el criptógamo, destruido en gran parte, es, si no imposible, por lo menos difícil de encontrar en el estado de esporos sobre los pelos (1).

§ III.—Etiología.

La mayoría de los autores están contestes en reconocer la existencia de un parásito especial en la tiña tonsurante. Pero mientras que algunos no le conceden mas que un lugar secundario en la afeccion de la piel del cráneo, un número mayor de médicos creen que el parásito determina por su presencia el desarrollo mismo de la lesion de los cabellos y las diversas erupciones que presenta el tegumento. La tiña tonsurante apenas se observa mas que en los niños; aunque se presentan casos en el adulto, especialmente en la barba. (Hardy.) Los sugetos que por razones diversas no pueden tener todo el cuidado de limpieza deseable, se encuentran mas espuestos; la piel cubierta de sudor y á veces impregnada de polvo retiene fácilmente los esporos del criptógama y presenta en este estado condiciones favorables á la germinacion. En cuanto al contagio, se verifica, sea por trasporte á través del aire de los órganos reproductores, sea por el contacto directo (por un beso, por el cambio de sombrero ó por el intermedio de una navaja). Delfis ha podido determinar el brote de los esporos del tricofiton llevándoles bajo el epidermis con la punta de una lanceta.

Pero en el orígen parasitario de la tiña tricofítica, su punto importante es su relacion con el herpes circinado y el sicosis. Estas tres afecciones se habian siempre considerado como distintas é independientes unas de otras, cuando hace algunos años, Bazin, y despues Hardy, les choca la semejanza del herpes circinado y del herpes tonsurante, como lo habia observado Cazenave en 1840 en un gran número de alumnos, en el Colegio de Paris. En los casos observados por Bazin y Hardy, existian placas de herpes situadas parte en la piel del cráneo, y parte en la del cuello, presentando en un lado los caractéres del herpes tonsurante, mientras que en el otro se veian todos los del herpes circinado, de aquí la conclusion de que ambas afecciones eran producidas por el mismo parásito, y que la diferencia de aspecto solo dependia del sitio. Bazin prueba, en efecto, y Baerensprung (de Berlin) despues de él, que ambos parásitos son idénticos entre sí, lo que admiten hoy Gibert, Cazenave y Devergie.

En cuanto á la identidad del sicosis parasitario con las dos afecciones precedentes, Bazin la deduce de que el sicosis, va frecuentemente precedido ó acompañado de herpes circinado; el exámen microscópico demuestra además la existencia frecuente del micelium y de esporos que presentan todos los caractéres del tricofiton. Si, en

(1) Bazin, *loc. cit.*, p. 177.

efecto, Gruby es el primero que ha descubierto en el sicosis el parásito criptogámico, al que da el nombre de *microsporon mentagrofites*, Bazin y Ch. Robin han demostrado que este hongo no pertenece á una especie particular, pero que es simplemente un tricofiton mas ó menos alterado. Hardy, para consagrar el lugar etiológico que existe entre las tres afecciones que hemos recordado, los reune bajo una misma denominacion, la de *tricofitia*; describe una *tricofitia circinada* (herpes circinado que se ha descrito en el artículo HERPES;, una *tricofitia tonsurante* (tiña tonsurante ó tricofítica); en fin, una *tricofitia sicósica* (sicosis parasitaria descrita en el artículo SICOSIS). Los mismos hechos clínicos confirman la identidad del parásito, pues que con frecuencia se observan placas tonsurantes en un niño, cuando su madre que le cuida presenta en las manos círculos de tricofitia circinada (Hardy), y aun en un mismo sugeto en el límite donde terminan los cabellos, se encuentran en ciertos casos discos de tricofites que presentan el aspecto circinado en una mitad y el aspecto tonsurante en otra.

Sin embargo, mientras que Bazin considera las tres afecciones como grados diversos del desarrollo de los parásitos (el herpes circinado constituye el primero, el tonsurante el segundo y el sicosis el tercero), cree Hardy dar una explicacion mas satisfactoria de las diversas manifestaciones que produce el criptógama (tricofiton), comparándolas con los diversos sitios que ocupa el herpes circinado, se encuentra de preferencia sobre las partes cubiertas de vello, el herpes tonsurante se presenta sobre todo en la piel del cráneo y el sicosis se sitúa especialmente en la barba. Sin embargo, añade este autor, el herpes circinado se observa así en la barba como en las partes genitales, lo mismo que el herpes tonsurante puede encontrarse simultáneamente en el hombre y en la mujer en las partes cubiertas de pelos (1).

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Referimos al artículo TIÑA PELADA, que sigue, cuanto trata del diagnóstico de las diversas especies de tiñas.

La tiña tricofítica no presenta ninguna gravedad, pues puede existir con los atributos de salud. Sin embargo, abandonada á sí misma, puede determinar la alopecia por la atrofia de los folículos pilosos. Es menester, por lo tanto, si se quiere evitar esta lesion, recurrir pronto á los medios terapéuticos.

§ V.—Tratamiento.

Si existen fenómenos inflamatorios se les combate primero con

(1) Hardy, *loc. cit.*, p. 175.

aplicaciones emolientes (baños de vapor, lociones ó cataplasmas), despues se recurre á la epilacion, y despues se hacen lociones sobre las partes epiladas con la solucion de sublimado indicada anteriormente (art. FAVUS). Hardy aconseja tambien algun tiempo despues de la curacion el uso de unciones con la siguiente pomada:

R. Manteca............ 30 gram. | Subcarbonato de potasa. 25 á 50 centigr.
Azufre.............. 1 á 1 1/2 gr. |

Estas unturas tienen por objeto destruir los esporos que puedan haber quedado, y que no tardarian en germinar si no se continuaran por largo tiempo el empleo de los medios parasiticidas.

3.° TIÑA PELADA. (PÓRRIGO DECALVANS.)

§ I.—Definicion, sinonimia.

La tiña pelada es una afeccion especial que ataca al sistema piloso en todos los puntos en que se encuentra y en particular en la piel de la cabeza. Está caracterizada por la caida de los cabellos en superficies redondeadas y por la presencia al nivel de estas superficies de un vello de la apariencia del algodon, entre el que descubre el microscopio un criptógama particular descrito con los nombres de *Microsporon Andouini*. *Pórrigo decalvans* (Willan) y de *vitiligo de la piel del cráneo*. (Cazenave.)

§ II.—Síntomas y curso.

Al principio se ponen los pelos blandos, secos, menos lustrosos, mas pálidos de color y fáciles de extraer. El tegumento se tumefacta y presenta en su superficie una materia blanca ó gris constituida por el polvo del hongo. Mas tarde se caen los cabellos en diversa extension, presentándose la piel como edematosa, pero sin conservar la impresion del dedo. La decoloracion no es constante, en cuya circunstancia ha fundado Bazin su division en dos especies: *pelada acromatosa*, cuando la piel de la cabeza pierde su coloracion, y *pelada decalvante*, cuando la conserva. Además en la superficie del tegumento privado de pelo es siempre fácil observar un vello muy fino en el que se percibe al través un polvo procedente del hongo. (A. Hardy.) En una época mas avanzada si no se ha empleado un tratamiento conveniente, desaparece el pelo completamente y no quedan restos del vello; desaparece la tumefaccion y la coloracion en los casos en que se habia producido, se hace persistente; se produce una atrofia de la piel del cráneo y una alopecia irremediable.

En los primeros tiempos se manifiesta un prurito poco intenso y una comezon fácil de soportar.

La pelada existe habitualmente bajo la forma de discos redondeados, rodeados de partes sanas en las que no hay tendencia á la pérdida del cabello por la tendencia invasora del parásito. La piel de la cabeza no es su exclusivo asiento, puede invadir todos los sitios donde existen producciones pilosas, hasta producir en algunos casos una alopecia general (1). Los trozos desprovistos de pelo están mas hundidos en unos puntos, y en otros no. La causa de estas depresiones, constantes en la cabeza y ausentes cuando reside la enfermedad en la barba, no se ha establecido con certeza. Segun V. A. Racle (2), depende de que los folículos pilosos se vacían en el primer caso de todas sus cápsulas; mientras que en el segundo quedan en el folículo las cápsulas del vello y sostienen sus paredes. En efecto, las placas deprimidas no presentan ningun vello.

Exámen microscópico.—El vegetal parásito que se descubre con esta exploracion, difiere de el del herpes tonsurante; se distingue, no solo por sus esporos, que son mas pequeños y adherentes y la disposicion de sus filamentos (mycelium), sino por su sitio. Este hongo (*Microsporon Andouini*) no penetra en el interior del cabello, cuya parte central está siempre intacta. Se distribuye, no solo sobre el tallo, sino en la cápsula y aun en el bulbo que le separa de la papila, y por esto la caida del pelo. (Bazin.) Estas observaciones se han justificado con el exámen de los cabellos que no se encuentran nunca rotos como en la tiña tonsurante, el vello que se observa en las placas son todos completos. Indicaremos, sin embargo, una divergencia entre Gruby, para el que el vegetal se sitúa exclusivamente en la parte exterior de pelo, y Bazin que, como se acaba de ver, rechaza la admision de esta opinion, de la que, sin embargo, participa Ch. Robin.

§ III.—Diagnóstico.

El *albinismo* ataca todas las membranas, á la coroidea como á los cabellos; decolora la piel de la cabeza sin hacer caer el pelo.

El *vitiligo* es con frecuencia congénito, siempre circunscrito, y no hace ningun progreso en la extension de sus placas, una mecha de pelo queda decolorada en medio de las demás, que á veces están muy oscuras; pero los cabellos no se alteran, ni se quiebran, ni mortifican por el dolor, ni presentan esporos del *Microsporon*.

Presentaremos los caractéres distintivos de las tres especies de tiñas entre sí, tal como los ha resumido A. Hardy (3).

En el *herpes tonsurante* no se observan costras, pero sí escamas agrisadas; los cabellos están secos, descoloridos, pero se rompen á poca distancia de su raíz, se rodean de una vaina coposa y blanque-

(1) A. Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2.ª parte, 2.ª ed., p. 181.

(2) V. A. Racle, adicion á la *Guide du médecin praticien*, por Valleix, 4.ª edicion. t. V, p. 542.

(3) A. Hardy, *loc. cit.*, p. 154 y 155.

cina; en el *favus*, por el contrario, los cabellos se caen completamente ó persisten en toda su longitud con la secura y decoloracion que hemos indicado. «En algunos casos el herpes tonsurante se complica con una erupcion impetiginosa que es difícil de diferenciar de las costras del favus. El diagnóstico se verifica entonces por el color de las costras, que no es igual en ambas afecciones, el aspecto diferente de los cabellos, y si la duda persiste, el exámen microscópico de las partes enfermas alejará toda duda; sin embargo, el *achorion* no es siempre fácil de distinguir del tricofiton, aunque los esporos sean mas gruesos y mas numerosos en el favus, y que las fibras longitudinales de los cabellos se encuentren rara vez alteradas como en el herpes tonsurante. La *tiña pelada* es siempre mucho mas fácil de reconocer; no presenta costras, ni erupciones concomitantes, está solamente caracterizada por la decoloracion de los tegumentos, y por la alopecia parcial en la que una vez caidos los cabellos se reemplazan por vello.

El *favus en círculos*, si pudiera confundirse con la tiña pelada, no lo seria despues de la caida de las costras ó despues de la curacion completa; pero el enfermo suministra datos muy característicos que no dejan ningun género de duda.

En oposicion á lo que se observa consecutivamente á otros estados patológicos (diversas alteraciones de la salud general, ó enfermedades locales de la piel del cráneo, como erisipela, pitiriasis, eczema, impétigo, acné sebáceo, concreto, etc.), á consecuencia de las enfermedades parasitarias de que nos hemos ocupado en este artículo, la alopecia, en vez de estar diseminada por toda la piel de la cabeza, está por lo comun circunscrita al límite ocupado por los micodermos, pudiendo llegar á ser general cuando la capa parasitaria se extiende á toda la cabeza. Esta, cuando la alopecia es de orígen fávico, es seca, lustrosa, delgada en los puntos ya atacados, tomando el aspecto de un trozo de pergamino ó tela encerada (1). Hemos ya indicado anteriormente la espansion de las placas de la tiña pelada, que pueden dar lugar á una alopecia general por la reunion de las placas. Tampoco es raro el observar en las personas afectadas de este mal que no quede ningun pelo en la superficie cutánea, á no ser algunos escasos y ligeros vellos. (Hardy.)

La alopecia sifilítica no puede tampoco confundirse con la que pueden determinar las diversas tiñas, aun las mas generalizadas. Hé aquí además los caractéres que le son propios y que tomamos de Diday (2):

«Quince dias ó tres semanas despues de la invasion de los accidentes secundarios, comienzan á caerse los cabellos. La cabellera se aclara, pero nunca desaparece totalmente. Cuando la afeccion alcanza

(1) A. Hardy, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1864, t. I, p. 756.
(2) Diday, *Dictionn. encyclop. des sciences méd.*, Paris, 1865, t. III, p. 381.

mayor grado ó cuando se ha producido un estado cloro-anémico pronunciado, no se limita la alopecia á la piel del cráneo, las cejas, las pestañas, la barba, el vello del púbis, el de todo el cuerpo, sufre la misma suerte, y su ausencia da al individuo una fisonomía característica. No solamente se caen algunos cabellos, sino que los restantes pierden sus condiciones normales, se ponen secos, quebradizos y parecen sentenciados á caerse mucho antes de que lo verifiquen. Un hombre que presenta esta lesion se reconoce á distancia, y aunque tenga sus cabellos parece llevar peluca.

»Las lesiones que en este período de la sífilis se observan en la piel del cráneo bajo la forma de pequeñas costras, contribuyen á la caida del cabello. Pero la alopecia no se limita á los puntos circunscritos ocupados por la erupcion, siendo su causa, mas que una influencia local, una falta de vitalidad, la desglobulacion, el empobrecimiento especial de la sangre.» Segun Diday, la debilidad que da lugar á la alopecia sifilítica es esencialmente pasajera, pueden los cabellos volver al cabo de algun tiempo á su estado normal al menos que se trata de sugetos predispuestos hereditariamente á la calvicie ó próximos á los cuarenta años cuando adquirieron la sífilis.

§ IV.—Etiología.

La pelada es esencialmente contagiosa, y se trasmite por contacto mediato ó inmediato. La suciedad, las habitaciones húmedas y todas las infracciones de la higiene que determinen una alteracion en la salud general que favorece el desarrollo del parásito. La edad y sexo, no parece que tienen ninguna influencia; sin embargo, parece que es mas frecuente en los niños. (Hardy.)

§ V.—Tratamiento.

En esta, como en las demás variedades de tiña que hemos descrito, es necesario recurrir á la epilacion y los mismos agentes parasiticidas. Mientras que los folículos pilosos no estén completamente destruidos (en cuyo caso es inútil todo tratamiento) puede alcanzarse la curacion, y el cabello vuelve á aparecer como antes. La epilacion muy difícil con frecuencia, porque el vello se rompe con facilidad con la pinza, y porque no debe limitarse á las partes denudadas sino extenderse á las inmediatas, que en las cuales por lo comun están poco adheridos (1).

(1) Para mas detalles véase el artículo TIÑA TONSURANTE.

CAPÍTULO IX.

DEFORMIDADES Y COLORACIONES ANORMALES.

Hemos tenido muchas veces ocasion de indicar los verdaderos desórdenes que puede presentar la piel, así en su coloracion, en su espesor y bajo cualquiera de sus aspectos durante el curso de las afecciones de que puede ser asiento ó consecutivamente á algunas de ellas. Sin embargo, el tegumento presenta en algunos casos anomalías de coloracion ó verdaderas deformidades extrañas á las afecciones, y cuya descripcion no debe confundirse con ellas. Entre las alteraciones del sistema tegumentario que nos falta indicar, unas no han sido hasta ahora referidas á ninguna causa superior, otras, por el contrario, parecen constituir una manifestacion local de una causa desconocida y que muchos autores han pretendido fijar. Como quiera que sea, las alteraciones del tegumento externo á que nos referimos, difieren de las anteriormente descritas en que su etiología es completamente desconocida. Parecen depender de una alteracion local de la nutricion de la piel, remontándose á veces hasta la época del nacimiento del individuo. Su evolucion, á veces nula, es por lo comun muy lenta, y no determina generalmente consecuencias funestas por su existencia; por último, poco accesibles á los medios de tratamiento de que disponemos, solo presentan un objeto de curiosidad. Sin embargo, en algunos casos pueden, á consecuencia de un raro desarrollo, llegar á comprometer la vida del enfermo y hacer necesaria una intervencion activa que hasta ahora no parece haber obtenido resultado. Pero, volvemos á repetirlo, estas son circunstancias excepcionales, y por lo comun las *deformidades* y *coloraciones anormales de la piel* no tienen otro inconveniente que alterar la bella regularidad del tegumento.

I. Entre las *coloraciones anormales* variadas que puede presentar la piel, unas pueden ser *generales* y otras *parciales*; pero independientemente de las diferencias deducidas de uno ú otro de estos caractéres, deben sobre todo distinguirse por su *sitio*, segun dependan de *ausencia de materia colorante (pigmento)* ó de la *acumulacion de una materia coloreada* cualquiera, sea *en la superficie* ó en el *espesor del tegumento;* segun, por último, la *naturaleza* y orígen de esta materia colorante.

Comprendido de este modo, el estudio de las coloraciones anormales no debe ser muy extenso en un libro de las condiciones de este: dejaremos á un lado la *decoloracion congénita y general* de la piel y otros tejidos, que caracteriza los *albinos*, resultado de la ausencia del

pigmento (1); tampoco hablaremos de esa coloracion especial que ha merecido á la piel el nombre de *bronceada (bronzed skin)*, cuyo estudio se ha hecho perfectamente en un capítulo consagrado á la enfermedad de Addison (2).

Se observa en la piel un tinte bronceado particular. En la mayoría de los casos, depende de la administracion del nitrato de plata, en cuyo caso la coloracion es mas pronunciada. Se manifiesta por lo comun mucho tiempo despues de haber comenzado el empleo de este medicamento. La piel toma primero un tinte azulado, despues ligeramente bronceado, lo que se hace mas manifiesto en las partes expuestas al sol. Esta coloracion, que es general, es mas intensa en los puntos en que la piel es mas fina y expuesta á la luz, como la cara y las manos. Poco á poco se va oscureciendo hasta ponerse casi negra. La conjuntiva y la mucosa de los labios y una parte de la bucal, adquiere un color lívido. En la cara, bajo la influencia de las causas que determinan palidez, el tinte parece mas pronunciado, siéndolo menos cuando el individuo se ruboriza. Los pelos no participan de esta coloracion anormal.

Esta coloracion, á la que no acompaña ninguna lesion, permanece por lo comun de un modo indefinido, y resiste á todos los esfuerzos de la terapéutica. Biett ha recurrido sin resultado á los baños excitantes, alcalinos y ferruginosos.

El nitrato de plata no es la única preparacion medicinal, cuya administracion determina coloracion anormal de la piel. El uso interno de la solucion de *arseniato de sosa*, en el tratamiento del *soriasis*, determina tambien en la piel ciertas manchas en las que hemos insistido en otro lugar (3).

En fin, «la administracion interna del *índigo* produce una coloracion azul en las uñas. Esta afeccion es menos grave que el tinte producido por el nitrato de plata; su curso menos incidioso, y como se manifiesta siempre por signos que llaman la atencion, es fácil detener á tiempo sus progresos suspendiendo la medicacion (4).»

Las coloraciones anormales de la piel, de las que únicamente nos hemos propuesto ocuparnos, son el *nævi*, el *lentigo*, las *efélides*, la *cromidrosis* y el *vitiligo*.

II. Aunque ciertas coloraciones anormales de la piel constituyen por su persistencia verdaderas *deformidades*, se designa por lo comun con esta designacion las alteraciones que consisten: sea en una

(1) Véase sobre este asunto Mauricio Raynaud, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, p. 506. Paris, 1864, art. ALBOMIE, ALBINISME, ALBINOS. (Indicaciones bibliográficas).—Ulises Trelat, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. II, p. 401. Paris, 1865, artículo ALBINISME.

(2) Véase tomo I, p. 776.

(3) Véase anteriormente artículo SORIASIS, p. 568.

(4) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, 3.ª parte. *Difformités provoquées de cause indirecte*, p. 144. Paris, 1862.

simple *esfoliacion epidérmica* de la que no se puede triunfar *(ictiosis)*; sea en una modificacion especial que determina una consistencia particularmente dura *(esclerodermia)*; ya, en fin, en el desarrollo de *pequeños tumores*, diferentes entre sí por la forma y la estructura *(frambuesa, keloides, moluscum)*.

Tales son las diversas alteraciones de la piel que vamos á estudiar.

1.° NÆVI (1).

Con el nombre de *nævus (spili, señales, manchas vinosas, tumores erectiles*, etc.), se designan habitualmente una alteracion congénita del color ó testura de la piel, generalmente permanente y limitada á una parte del cuerpo (2). Los *nævi* difieren mucho entre sí. El estudio de su estructura ha demostrado que unos dependen únicamente de un vicio de produccion congénita de la materia pigmentaria, estando otras constituidas, ya por un aumento insólito en número y volúmen de los vasos capilares, arteriolas y venillas del tegumento externo, ya una hipertrofia de los tejidos cutáneos y subcutáneos, por una extravasacion sanguínea, etc.

Resulta de los conocimientos anatómicos una division natural de los *nævi* en: 1.°, *nævi sin hipertrofia* ó pigmentarios; 2.°, *nævi con hipertrofia:* a. no *vasculares*, b. *vasculares*. Esta division no es absoluta, pues que los nævi hipertróficos están á veces coloreados por pigmento, pudiendo tambien un nævus ser primeramente vascularizado y convertirse mas tarde en hipertrófico sin trama vascular anormal bien pronunciada. En fin, aunque el nombre de nævus pertenece tambien á una alteracion cutánea congénita, pueden aparecer despues del nacimiento pequeñas *manchas vinosas* en los primeros meses y aun años de la vida de un niño.

1.° *Nævi sin hipertrofia, nævi pigmentarios.*—Conocidos desde la mas remota antigüedad con el nombre de *spili* (de σπῖλος, mancha, *macula)*, sobre todo cuando su extension es considerable. Pueden presentarse sobre toda la superficie del cuerpo y especialmente en la cara, el cuello y las manos, quizá á causa de la gran vascularidad de estos puntos. Son muy variables en sus dimensiones, siendo unas veces apenas visibles y ocupando otras la mitad de la cara, la mayor parte de un miembro (Rayer) y aun del cuerpo (3).

«Los *spili* son unas veces redondeados, otras estrellados y como desgarrados, confructuosos, los que ocupan grandes extensiones son irregulares, presentan el aspecto de semicírculos, óvalos prolongados, viéndose en ocasiones afectar figuras muy regulares. Forman

(1) Los siguientes detalles están tomados de Al. Laboulbène, *Sur le nævus en général, et sur une modification particulière et non décrite, observée dans un nævus de la paupière supérieure*, tésis inaugural. Paris, 1854.

(2) P. Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. III, p. 194.

(3) A. Cazenave y Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, p. 654.



poca elevacion en la superficie de la piel, y solo cuando se desarrollan pelos existe en su raíz una elevacion formada por los bulbos. Esta falta de prominencia diferencia á primera vista el *nævus pigmentario* del *nævus hipertrófico no vascular*. El pigmentario presenta todas las variaciones de coloraciones intermedias del amarillo (*nævus chloasma, seu lutens*) del negro pronunciado (*nævus niger*), presenta tintes rosados y pardos (*nævus brunneus*). Estos colores son por lo comun persistentes, pudiendo á veces disminuir de intensidad y ponerse algo mas claros; rara vez se oscurecen. La regla parece ser que se oscurecen en la infancia, y se coloran en la edad adulta ó en la vejez; pero rara vez desaparecen, sobre todo cuando tienen cierto volúmen.

El *nævi piloso* (*nævus pilaris*) constituye una variedad notable del nævus pigmentario; pero deben distinguirse en *nævus pilosos sin hipertrofia* y *con hipertrofia*. Los primeros están mas rara vez cubiertos de pelos, y presentan en general un color poco pronunciado, un aspecto sedoso y marcada longitud, mientras que en los segundos, cuando están cubiertos de pelos, son estos oscuros, gruesos, cortos y fuertes.

Los *nævi chloasma* y *pardos* pueden excepcionalmente desaparecer por completo, los otros *nævi pigmentarios* persisten durante toda la vida, sin ocasionar molestia ni dolor.

«Los *nævi* pigmentarios se componen únicamente de una capa de finas granulaciones coloreadas y colocadas inmediatamente debajo del epidermis ó encima del dermis. Las granulaciones pigmentarias son oscuras y negruzcas (1 á 2 y 3 milímetros de diámetro), á veces se agrupa formando pequeñas masas redondeadas, pero sin encontrarse claramente células de paredes delgadas, incoloras como en la coroides, ó bien la forma granos agrupados en estrellas semejantes á las que se observan en la piel de las ranas y de ciertos peces. Estas granulaciones pigmentarias están siempre agitadas de un movimiento (browniano), y están mezcladas con materia amorfa y células epitélicas, redondeadas, provistas de núcleo.»

2.° *Nævi con hipertrofia.—a. Nævi no vasculares.*—Conocidos vulgarmente con los nombres de *señales, lunares*, etc., se presentan cubiertos de pelo, con mas frecuencia que los *spili*. Se presentan con frecuencia en las mejillas (1), en el cuello, en la frente; á veces en los brazos, piernas, partes laterales del talon, espalda, abdómen. etc., y por excepcion en el hueco epigástrico (2). Generalmente de pequeñas dimensiones, presentan el tamaño de una lenteja ó una moneda pequeña, la forma es por lo comun redondeada, y hacen prominencia en la superficie de la piel, son semiglobulosos, planos, rara vez pe-

(1) J. F. Larche ha observado que la frecuencia de la presencia de los nævi es mucho mayor en el lado izquierdo que en el derecho de la cara. (*Notes manuscrites de médecine pratique.*)

(2) Al. Laboulbène, *loc. cit.*, lámina única, figura 2.

diculados (Laboulbène) ó mamelonados; se les ha comparado á algunos frutos y figuras de animales globulosos.

Cualquiera que sea su aspecto, muriforme, abollado, rugoso, etc., los *nævi* no vasculares tienen ó el color de la piel, ó son pardos ó negros, provistos por lo comun de pelos gruesos, divergentes y tiesos. La coloracion de los *nævi* puede cambiar por el aumento de vasos ó por su hipertrofia; pero en estos casos se ha hecho vascular y debe considerarse como tal.

«Los *nævi hipertróficos pilosos* son el verdadero tipo del *nævus pilaris*. Los pelos salen de un bulbo saliente, rodeados en su base por un círculo mas coloreado que el resto del pequeño tumor; en fin, las glándulas anejas cerca del bulbo piloso contribuyen tambien á aumentar su volúmen, y producir mayor elevacion en el punto en que el pelo sale de la piel, dando al *nævus* el aspecto mamelonado que le es propio.

»Los *nævi hipertróficos no vasculares* son estacionarios, y no producen ningun dolor espontáneo; á veces, sin embargo, cuando se les comprime con los dedos ó se les frota con las uñas hasta despojarlos de su epidermis, pueden producir un flujo sanguíneo poco abundante, por la rotura de algunos capilares, y hacerse sitio de pequeños dolores que cesan pronto. Los pelos que de ellos nacen pueden prolongarse; pero se distinguen de los demás de la barba ó de los cabellos, si el nævi está situado en la mejilla ó en el cuello.

»En las personas que tienen nævi hipertróficos no vasculares en la cara, y que están ligeramente pediculados, pueden hacer alargar este pedículo por las repetidas tracciones, y terminar por determinar un notable flujo sanguíneo (1).

Los nævi hipertróficos no vasculares están compuestos de fibras de tejido celular entremezcladas, reunidas por materia amorfa, y midiendo por lo comun una longitud de $0^{mm},001$ de longitud. Se suelen encontrar granulaciones pigmentarias, indicadas en el nævi pigmentario, propiamente dicho (2).

b. Nævi vasculares.—Con este título se comprenden las *manchas* ó *tumores*, generalmente congénitos, en los que se observa una dilatacion ó aumento de número de los elementos vasculares de la piel. Difieren de las dilaciones capilares en que se observan en la inmedia-

(1) Al. Laboulbène, *loc. cit.*, p. 17.

(2) Al. Laboulbène, indica tambien entre los *nævi hipertróficos no vasculares* los *nævus lipomatodes*, especie muy notable descrita por P. F. von Walther, resultado de la produccion exuberante de vesículas adiposas en las areolas del dermis. La mujer en que Walhter observó el *nævi lipomatodes* presentaba un gran número, y estos pequeños tumores pilosos la mayor parte acabaron por constituir enormes lipomas. (Walther, *Uber die angebornen Fetthautgeschwülste und andere Bildungsfehler*. Landshut, 1814, con dos láminas.) Fr. Schut ha descrito tambien un caso de *nævus maternus lipomatodes* ó telangiectaria *lipomatodes*. Viena, 1851.

La estructura de estos singulares *nævus* es probablemente toda celular, compuesta de fibras de tejido celular y de vesículas adiposas (Al. Laboulbène).

cion de ciertas afecciones cutáneas, del *acné rosado*, del *lupus* etc., que no datan del nacimiento.

Aunque se observan grados intermedios en estos estados, se pueden dividir los nævi vasculares en: *a. nævi no salientes de la superficie de la piel*, y *b. nævi que forman elevacion sobre la piel*, sea que se elevan por sí mismos, sea que levanten ésta membrana.

a. Nævi vasculares no salientes de la superficie de la piel (*nævi flammei* (1), *manchas vinosas, manchas de vino*).—Estos nævi pueden encontrarse en todas las regiones del cuerpo, pero particularmente en la cara, cuello, miembros, etc.; presentan variables dimensiones, á veces muy extensas, limitando algunos espacios en que la piel conserva sus caractéres normales. «Su forma afecta la de monedas y es su tamaño bien irregular y caprichoso. Son apenas *prominentes*, superficiales; su coloracion se parece á las manchas producidas por el vino, por el zumo de frambuesas, etc., de donde procede el nombre vulgar que tienen. Unas veces tienen color de violeta, otras rojo mas ó menos pronunciado, rosadas, ligeramente azuladas, pueden variar su tinte en la misma mancha, cuando son algo extensas; esta diferencia depende de su vascularidad mayor ó menor é irregularmente repartida; suelen presentar arborizaciones (*nævus aracnoides*, cuya red vascular de láminas bien visibles se ha comparado á las *patas de una araña*, variedad de la que se encuentran algunos ejemplos diseminados en una misma parte del cuerpo).»

La coloracion rojiza de las manchas vinosas desaparece generalmente bajo la presion del dedo, «se hacen mas turgentes á consecuencia de un ejercicio violento, de excesos en la comida, por la esposicion prolongada al calor, por la permanencia en la cama, en las épocas menstruales, etc., en una palabra, cuando la circulacion es mas activa.» Su tumefaccion es poco ó nada sensible, y la coloracion mas pronunciada es el único cambio que se manifiesta.

Estos nævi no prominentes pueden quedar en el mismo estado durante mucho tiempo; pero pueden tambien crecer indeterminadamente, haciéndose punto de partida de *nævi vasculares* muy desarrollados, por lo comun erectiles (Boyer, A. Bérard).

Los nævi vasculares, salientes y no salientes sobre la piel, están todos formados por un aumento con dilatacion de los vasos capilares, ó arteriolas y vesículas. En los *nævi vasculares no salientes*, considerados en particular, solo hay (*nævi flammei, manchas vinosas*), aumento del número de los capilares, estando algunos dilatados.

b. Nævi vasculares elevados sobre la superficie de la piel.—Las diversas especies de nævi, descritas antes, son mas curiosas que útiles en su conocimiento para el médico, su terapéutica es casi insignificante, y hemos presentado únicamente su descripcion por encon-

(1) *Ecchymome congénito* de Alibert. (*Nosologie naturelle*, en 4.°, p. 351, Paris, año 1807.)

trarse en los tratados generales (1). Nos queda por hablar del último grupo de *nævi vasculares* que comprende los *tumores erectiles, capilares, venosos* ó *arteriales*; pero como su estudio nos conduciria mas allá de los límites de nuestro libro, además que solo reproduciríamos descripciones muy completas cuya lectura será mucho mas provechosa que el resúmen que pudiéramos presentar (2).

2.° LENTIGO.

El *lentigo* es una coloracion anormal de la piel, que se llama vulgarmente *pecas*, *efélide, lentiforme* ó el *pannus lenticularis* de Alibert. El lentigo consiste en manchitas, por lo general de color amarillo leonado, que nunca exceden del ancho de una lenteja, y que por lo comun son aun mas pequeñas. Se las observa en las manos, en el cuello y sobre todo en la cara de los individuos jóvenes, rubios de piel blanca y fina, y en los que se exponen á los rayos del sol; es mas comun en los paises cálidos y en los individuos de temperamento linfático; persiste las mas veces de un modo indefinido, y no exige ningun tratamiento.

3.° EFÉLIDES.

Se las ha llamado tambien *manchas hepáticas*, y Alibert las denomina *pannus hepaticus*. Consisten en manchas irregulares, mucho mas extensas que las del lentigo, de color amarillo azafranado, acompañadas las mas veces de prurito, y que ocasionan en algunos casos una esfoliacion ligera.

Se observan especialmente en las mujeres, y en particular en las rubias y de piel fina; pueden depender de la insolacion y de los excesos en el régimen, ó coincidir con trastornos menstruales. Estas son las efélides que constituyen lo que se llama *paño* en las embarazadas. Estas manchas se presentan por lo comun en el cuello, en el pecho y en los miembros.

Su figura es irregular, y dejan entre sí espacios en los cuales conserva la piel su color normal; á veces se reunen para constituir placas de una extension considerable; no son prominentes, y producen á veces un prurito incómodo. Por lo comun solo tienen una duracion pasajera, pero en algunos casos persisten por mucho tiempo.

Una variedad particular de efélide (*éphélide ignéale* de Bazin) «tiene por asiento ordinario las extremidades inferiores (3); se des-

(1) Volvemos á repetir, que todos los datos comprendidos en este artículo son simplemente la reproduccion en resúmen del trabajo de Al. Laboulbène, ya citado.

(2) Véanse especialmente: E. Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, tomo I, p. 204, Paris, 1861.—Al. Laboulbène, *loc. cit.*, p. 20 y siguientes, trabajo en que se encuentran reunidos los principales elementos, y sobre todo una observacion muy completa relativa á la *modificacion quística de los nævi*.

(3) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées artificielles*. Paris, 1862, p. 410.

arrolla con lentitud bajo la influencia de la accion repetida del calor artificial sobre los tegumentos. Se observa especialmente en las mujeres que emplean calentadores, en los que durante el invierno se exponen de un modo contínuo á un fuego siempre incandescente. La piel colocada en condiciones tan anormales y sometida además á bruscas transiciones de temperatura, termina por perder su tonicidad y flexibilidad, se hace rígida y se cubre de manchas irregulares, festoneadas, prolongadas á veces en forma de cintas ó líneas que siguen el curso de las venas superficiales; parece como que el elemento colorado de la sangre se extravasa en el tejido dérmico, y se combina con él íntimamente. Las manchas son amarillentas, amaratadas, rojizas ó rojo moradas. La region afecta presenta un aspecto marmóreo característico. No determina ni prurito, ni molestia alguna, son indelebles y constituyen una deformidad incurable.»

El tratamiento de las efelides, que consiste en *lociones astringentes, ungüentos detersivos y aplicaciones resolutivas*, es inútil ó quizá perjudicial. Así, pues, debemos limitarnos á dar al interior las aguas sulfurosas de Enghien ó de Cauterets, un baño sulfuroso dos ó tres veces á la semana, y á veces un ligero laxante, á cuyos medios suelen ceder por lo comun.

Spengler refiere tres observaciones de esta afeccion que se curó en ocho dias con la tintura de *eléboro* blanco empleado en *fricciones* (1).

Las efelides desaparecen, á veces de un modo espontáneo, especialmente despues del parto. Cuando persisten, suele obtenerse buen éxito de un tratamiento especial que inflame ligeramente la piel. Favorecer la absorcion de la piel es la indicacion terapéutica, y para conseguirlo se recurre á las lociones repetidas dos veces al dia con la solucion siguiente:

Agua destilada	125 gram.	Sulfato de zinc	2 gram.
Sublimado	50 centigr.	Acetato de plomo	2 gram.

Añádase alcohol suficiente para disolver el sublimado (2).

4.° CROMIDROSIS.

§ I.—Definicion, sinonimia.

Ciertas personas, en particular mujeres, presentan á veces sobre puntos limitados de la superficie cutánea manchas de extension variable especialmente en los párpados inferiores y debidos á la presencia de una materia colorante de azul pronunciado. El orígen y naturaleza de estas manchas se ha interpretado de diversos modos, y

(1) Spengler, *Neue medicinische chirurgische Zeitung*, y *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Diciembre 1852.

(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2.ª parte. Paris, 1863, p. 5.

se han descrito con los nombres de *cromidrosis* ó *cromocrinia cutánea parcial* (Le Roy de Méricourt, Gintrac); *cianopatia cutánea* (Billard, de Angers); *stearrhœa nigricans* (Neligan, Erasmus Wilson Barensprung); *blefaro-melena* (Law); *blefaro-cianosis* (Michel Dubuc); *melastearrea* (Gintrac, 1859).

§ II.—Historia.

Desde la época en que Le Roy de Méricourt, en 1857 (1), llamó la atencion de un modo especial sobre estas manchas singulares, se han hecho diversas investigaciones con este motivo y algunos casos esparcidos en diversos Tratados (2); se han añadido otros nuevos (3), y como sucede con frecuencia una vez llamada la atencion sobre un fenómeno raro que hasta entonces parece muy escaso, se le llegó á observar mayor frecuencia que lo que se suponia.

Esta frecuencia, un poco desatendida, sorprende á los observadores y se comienza á discutir el valor de los casos anteriores, en los que quizá se vieran con sobrada facilidad ejemplos de cromidrosis: el caso de Barensprung (4), en particular, fué considerado por Le Roy de Méricourt mismo (5), como no debiendo colocarse entre los de verdadera cromidrosis.

(1) Le Roy de Méricourt, *Mémoire sur la coloration partielle en noir ou en bleu de la peau chez les femmes* (*Archives générales de médecine*, 1857, t. II, p. 430).
(2) James Yonge, *Philosophical Transactions*, 1709, t. XXVI, p. 4 y 521.
Lecat, *Traité de la peau humaine*, 1765, obs. III, p. 136.
Gallot, *Journal de médecine et de chirurgie*, etc., Diciembre 1775, p. 2, 44 y 524.
Billard (d'Angers), *Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XXVI, p. 453.
Bousquet (de Saint-Chinian), *Mémoires de l'Académie médecine*, 1854, t. XVIII, pág. 559.
Teevan, *Medico-chirurgical Transactions*, 1845, t. XXVIII, y *Medical Times*, t. XII, p. 293.
J. Moore Neligan, *Dublin quarterly Journal*, Mayo 1855, t. XIX, p. 295.
Read, *Dublin medical Press*, t. XIV, p. 204.
Law, *Dublin quarterly Journal*, Mayo 1855, t. XIX, p. 297.
Mac Intyre, citado por Erasmus Wilson, *Diseases of the Skin*. London, 1857, 4.ª ed., p. 353, § 582.
(3) Macker, *Gazette médicale de Strasbourg*, 26 Noviembre, 1858.
Banks, *Dublin quarterly Journal*, Mayo 1858.
Harvey, *Dublin quarterly Journal*, Febrero 1859.
Blaise, *Gazette des hôpitaux*, 6 Noviembre 1858.
A. Lyons, *Dublin hospital Gazette*, Mayo 1858.
Kirchberg, *Gazette des hôpitaux*, 12 Marzo 1859.
A. Duval, *Gazette hebdomadaire*, 14 Junio 1861.
Le Roy de Méricourt, *Mémoire sur la chromidrose ou chromocrinie cutanée*. París, 1864. Esta Memoria, de la que hemos tomado las indicaciones bibliográficas que anteceden, contiene tambien hechos clínicos comunicados al autor por Godefroy y V. de Rochas (p. 69), y los publicados por Const. James (*Gazette médicale*, 1863) y Cabasse (*Gazette médicale de l'Algérie*, 25 Febrero 1863).
(4) Barensprung, *Die Hautkrankheiten*. Erlangen, 1859, p. 45.
(5) Le Roy de Méricourt, *Memoria citada*. (Extracto des *Annales d'oculistique*, pág. 18).

Sin embargo, apenas se discutia mas que sobre la identidad mayor ó menor de los casos entre sí ó sobre la causa orgánica elemental del fenómeno, cuando en 1859, Duchenne (de Pavilly) hizo conocer una mujer convicta de simulacion que declaró que se habia teñido los párpados por espacio de veinte años con índigo (1).

Desde entonces, aunque Gintrac hubiese concedido con el nombre de *melastearrea* un puesto á la cromidrosis, en su *Tratado de enfermedades de la piel*, aunque á consecuencia de una observacion hecha en Brest haya admitido Hardy á la cromidrosis como enfermedad nuevamente conocida (2); y en fin, á pesar de que el testimonio de Fonssagrives (3), y de Fauvel (4), pareció sustraer los casos mas recientes de la suposicion de simulacion, se rechazó por muchos médicos la existencia de la cromidrosis, ó admitida á lo menos con reserva (5).

En el estado actual de la ciencia en presencia de la conviccion profunda de muchos médicos, y del sentimiento contrario que el exámen de los hechos imprimió en otros muchos, nos es imposible hacer una descripcion clásica de la cromidrosis. Solo expondremos una relacion sucinta de los hechos, tales como los observaron Le Roy de Méricourt y algunos otros médicos; pasaremos revista á las interpretaciones fisiológicas propuestas para explicar el fenómeno; los detalles suministrados por el exámen micrográfico, y en fin, los medios por los cuales pueden descubrirse las simulaciones. En esta exposicion nos limitaremos sin prejuzgar nada á indicar los hechos y las objeciones á que han dado lugar.

§ III.—Descripcion general (6).

«La cromidrosis puede aparecer súbitamente sin causa determinante apreciable en las mejores condiciones de salud; pero con mas frecuencia en las *mujeres*, en las que existe desde un tiempo variable un estado cloro-anémico, dismenorréico ó amenorréico, y las consecuencias comunes de las alteraciones menstruales. En los tres casos en que hasta ahora se ha observado en el hombre, la salud general estaba muy alterada anteriormente.

(1) Duchenne (de Pavilly), *Gazette des hôpitaux*, 12 de Marzo y 23 de Abril 1859.

(2) Hardy, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, sesion de 28 de Diciembre 1859. (La opinion de Hardy se adoptó mas tarde por Hipp. Larrey, *Bulletin de l'Académie de médecine*, sesion de 31 de Agosto 1861.)

(3) Fonssagrives, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 18 de Mayo 1860.

(4) Fauvel, *Union médicale*, 18 de Marzo 1860.

(5) H. Roger, *Société médicale des hôpitaux* (*Union médicale*, 6 y 10 de Marzo 1861); *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, sesion de 28 Mayo 1861.—Béhier, *Rapport lu à la Société médicale des hôpitaux* (*Archives générales de médecine*, 1861, t. II, p. 187).—Véase tambien Michel Dubuc, *Essai sur la chromocrinie partielle de la peau*, tésis inaug., 26 de Agosto 1861.

(6) Descripcion tomada del trabajo citado por Le Roy de Méricourt, p. 116.

«Las regiones atacadas sucesivamente son por el órden de frecuencia: los párpados inferiores, los superiores, las mejillas, la frente, las alas de la nariz, toda la cara, la region esternal, el pecho, el vientre, casi toda la superficie anterior del cuerpo y las manos. Las orejas no han presentado nunca la secrecion coloreada.»

El color de la *secrecion anormal* varía, segun los casos, y á veces en un mismo sugeto del negro intenso al índigo. En casi todos los casos hay casi igualdad de tono en ambos lados cuando las manchas ocupan regiones simétricas, y se han verificado las secreciones al mismo tiempo.

Cuando la *secrecion coloreada* solo ocupa los párpados, imprime á la fisonomía un aspecto muy diferente, segun los casos y las épocas, en el mismo individuo. Si la coloracion es poco pronunciada y ocupa solo una estrecha zona cerca del borde ciliar de ambos párpados inferiores, no produce efecto desagradable; circunstancia que ha hecho que algunos consideren la coquetería femenina como móvil de la *cromidromanía*. Pero cuando los párpados están cubiertos de un tinte negro pronunciado, si la frente, las mejillas, toda la cara adquiere este color, el efecto que produce es horrible, y no puede nunca invocarse como causa la coquetería.

Si en un pequeño número de casos, la salud general continúa normal antes y despues de la aparicion de la cromidrosis, no siempre sucede lo mismo. Los síntomas morbosos concomitantes, indicados por diversos operadores son las siguientes; tos seca, quintosa, de la que no da cuenta ninguna lesion apreciable por la auscultacion; hemoptisis, deyecciones que contienen materia colorante (?); cefalalgia intensa, sensacion de frio en las extremidades inferiores.

Las manchas formadas por la exudacion teñida son generalmente negras cuando la secrecion es abundante ó cuando hace mucho tiempo se expone al contacto del aire sin haberse enjugado. Cuando es poco abundante ó recientemente producida, da á las superficies que tiñe, sobre todo en sus límites, un tinte azul mas ó menos pronunciado. Examinando con cuidado ó de cerca las porciones de la piel anormalmente teñidas, se las observa cubiertas de una ligera eflorescencia que recuerda la que se encuentra en ciertos frutos. Si la traspiracion es abundante para humedecer sensiblemente pueden presentar su aspecto lustroso.

Examinando las manchas con la lente, se ve que los corpúsculos coloreados están acumulados especialmente en los pliegues de flexion de la piel; disposicion que en los párpados superiores parece depender del movimiento de parpadeo de estos velos membranosos. Los pliegues de flexion se marcan entonces en negro azulado por líneas sumamente finas, sobre todo si se distienden ligeramente los tegumentos. Este movimiento de los párpados hace que la coleccion de materia colorante se manifieste mas marcado en el ángulo interno del ojo cerca del borde ciliar.

Pasando la pulpa de un dedo desnudo ó cubierto con un paño blanco y fino, se separa una pequeña cantidad de materia colorante; no se consigue lo mismo si el paño esta húmedo aunque se frote mucho. La glicerina permite que el paño se tiña mas, pero sin hacer desaparecer la mancha completamente, queda una sombra negra azulada debida á la innumerable cantidad de puntos negros, que dan á la superficie el aspecto que presenta la piel de la barba recientemente afeitada en los hombres de barba negra y bien poblada.

El aceite solo ha permitido, hasta ahora (excepto en un caso), limpiar rápida y perfectamente la piel. Despues de un lavado bien hecho con esta sustancia grasa es imposible encontrar, aun explorando con una lente, el menor corpúsculo negro.

La superficie afectada de *cromocrinia* presenta con frecuencia una exagerada sensibilidad, manifestada espontáneamente por los mismos enfermos. La superficie lavada se congestiona mas pronto que la que solo se ha frotado ligeramente. Bajo la influencia de estos dos fenómenos, sensibilidad é hiperemia, los ojos se llenan de lágrimas y el parpadeo se hace mas enérgico y frecuente.

En casi todos los casos existe un exagerado desarrollo de la red vascular cutánea superficial, y los párpados inferiores sobre todo están surcados de venas azules muy marcadas.

Al cabo de un tiempo variable (de cinco minutos á doce, veinticuatro horas y aun algunos dias), reaparece la materia colorante, en cantidad igual ó menos, segun que la enfermedad es reciente ó antigua, que las reglas estén á punto de aparecer ó hayan aparecido; todas las causas susceptibles de congestionar momentáneamente la cara, parecen tener una influencia aceleratriz sobre la rapidez de la secrecion, al menos en la mayoría de los casos. A veces la materia colorante se manifiesta en un punto limitado al principio, extendiéndose despues poco á poco hasta extenderse y ocupar, poco á poco despues de algunos horas los tegumentos habitualmente invadidos. *Esta reaparicion espontánea es el síntoma característico.*

Por poco abundante que sea la *secrecion*, un lienzo húmedo, pasado algunos momentos por los párpados anormalmente teñidos, presentaria manchas semejantes á las que resultan del limpiado de un tubo de lámpara que ha ardido.

La materia *exudada* tiene una gran potencia colorante; si despues de haber pasado sobre las regiones ennegrecidas un pincel impregnado en glicerina y se exprime una gota de este líquido sobre un papel blanco, se obtiene una mancha gris azulada. Sin embargo, la misma gota, examinada al microscopio, solo presenta corpúsculos coloreados diseminados en medio del líquido. Si el pincel se ha mojado en aceite, la gota presenta un negro pronunciado. Si se reune en una cápsula de porcelana el producto de muchos lavados de los párpados, se obtiene una gran cantidad de la materia colorante, que por el reposo se separa del cuerpo graso, y si se ha recogido recientemente, se

presenta al microscopio bajo el aspecto de corpúsculos de dimensiones diversas, teniendo siempre el aspecto laminoso parecido á capas delgadas y rotas de barniz seco. Las formas de estos corpúsculos son muy variadas; pero de un modo general son prolongados, como fragmentos sinuosos cuyos bordes recuerdan los contornos de las costas en las cartas geográficas.

«Un ligero movimiento impreso á una lámina de cristal donde se hayan depositado estos corpúsculos, hará conocer que estos puntos coloreados no son resultado de agregaciones fortuitas; las corrientes que se establecen en el líquido arrastran las láminas y los bastoncillos que nadan presentando sus faces. Si la sustancia colorante no ha estado mucho tiempo en contacto del aire, la coloracion de la mayoría de los corpúsculos es de un azul índigo muy pronunciado, casi negro, en la mayor parte de su extension, y los bordes menos iluminados ó mas delgados, tienen cierta trasparencia, y se presentan de azul mas claro.

»Recorriendo con atencion la gotita de glicerina coloreada, colocada en el microscopio, se encuentra en número variable, segun las personas que han suministrado la sustancia, y segun los dias en la misma persona, corpúsculos ordinariamente muy pequeños, de las formas ya descritas, pero de una coloracion *azul de asur* (1). Si los corpúsculos están depositados y retenidos agregados en los colgajos de la epidermis, se observa que generalmente su coloracion es negra ó casi negra. Si no ha habido cuidado de extender así la materia colorante, si se coloca sobre una lámina de cristal una de estas colecciones ó si se separa raspando con un cuerpo duro el párpado, solo se observa una masa opaca de un negro intenso, que tiene todos los caractéres *físicos* de un conjunto de negro de humo de carbon (2).»

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Excepto en un caso (3), «la cromidrosis ha comenzado siempre por los párpados inferiores. Muchas veces, en las personas que han presentado intermitentes en el fenómeno de la *secrecion* colorada, su manifestacion va precedida de la tumefaccion de la red vascular subcutánea, así como por el tinte azulado ó pardo que caracteriza la *ojera*. La exudacion puede en algunos dias llegar al máximum de intensidad y los mayores límites á que puede llegar; se encuentra entonces limitado á los párpados inferiores y á una pequeña porcion de la parte superior de las mejillas; ó bien comenzando por una zona

(1) «No se podrá objetar la presencia de partículas coloreadas que vuelan en la atmósfera y que pueden posarse tambien sobre la piel, pues que se encontrarian tambien corpúsculos rojos, amarillentos y de todos colores. Además, se encuentran fibrillas coloreadas de diversos tejidos, que se reconocen con facilidad, y que no pueden dar lugar á error.» (Le Roy de Méricourt.)

(2) Le Roy de Méricourt, *loc. cit.*, p. 115 y 124.

(3) El publicado por Kirchberg.

estrecha poco pronunciada, cerca del borde ciliar, gana poco á poco los párpados superiores ó inferiores, la frente y una parte de las mejillas. Aumentando el tinte, se hace cada vez mas oscuro, á medida que el depósito es mas abundante, en todo caso los párpados inferiores parecen ser el sitio de eleccion. En algunas ocasiones (1), despues de haber aparecido primero en esta region, ganan las manchas toda la cara y proporciones muy extensas de la superficie cutánea. Cuando la afeccion marcha á su terminacion, al mismo tiempo que disminuye la *exudacion* y los tintes se debilitan, las manchas se achican y terminan por no ocupar en último lugar mas que el punto primitivamente invadido, para desaparecer despues del todo.

»Una vez que el fenómeno ha aparecido, es lo general que dure cierto tiempo, sin presentar variaciones en la intensidad de la coloracion; pero otras veces hay intervalos mas ó menos largos, en los que la piel toma de nuevo un aspecto ordinario. La proximidad de las reglas, el estado de embarazo, parece que en algunos casos obran como causas determinantes para la nueva aparicion de las manchas.

»La *duracion de la secrecion* accidental es muy variable. Por las observaciones en que se ha presentado, oscila entre algunos meses y muchos años (2).

Con frecuencia ha coincidido la *terminacion* con la curacion de las alteraciones generales de la salud, y sobre todo con la aparicion de las reglas. La menstruacion se ha establecido muchas veces ó continuado regularmente, sin presentar relaciones apreciables con la cromidrosis, y además en los dos casos observados en hombres por A. Duval, por una parte, y por otra por Godefroy, de Rochas y Coindet, han contribuido á rechazar la influencia que se habia dado á la amenorrea (3).

En el caso publicado por Lecat, la cesacion de la coloracion ha coincidido con un sudor abundante y una descamacion muy sensible. Le Roy de Méricourt ha observado tambien una ligera descamacion en las personas que presentaban intermitencias mas ó menos largas.

§ V.—Etiología.

La aparicion de la cromidrosis, únicamente en las mujeres, durante el período de actividad del útero, ha hecho pensar á Le Roy de Méricourt que podria encontrarse en las alteraciones de las funciones de la generacion, condiciones etiológicas; pero como él mismo observa en un trabajo ulterior, esta observacion ha perdido naturalmente su valor, desde que se ha observado que la secrecion coloreada de los párpados se ha notado en hombres de mas de cuarenta años. Hoy

(1) Observaciones publicadas por Lecat, Teevan, Bousquet y Billard.
(2) Le Roy de Méricourt, *loc. cit.*, p. 124 y 125.
(3) Le Roy de Méricourt, *Mémoire sur la coloration partielle, en noir ou en bleu, de la peau chez femmes* (*Arch. gén. de méd.*, 1857, t. II, p. 449).

declara el autor que, en el estado actual, «es imposible llegar á conocer las causas de esta extraña afeccion» que se llama *cromidrosis*. De un cuadro analítico de las observaciones consignadas en su última Memoria (1), resulta de un modo evidente, «que el sexo femenino está mucho mas predispuesto á esta afeccion desde la edad de quince años hasta la de treinta.»

La presencia de las manchas, cuya descripcion hemos tomado de Le Roy de Méricourt, ha producido graves cuestiones sobre la etiología. Para los que como él ven *en la cromidrosis* una *secrecion anormal por los orificios cutáneos, de una materia colorante azul oscura, presentando caractères microscópicos propios*, queda aun por resolver si hay en las diversas observaciones recogidas una sola especie de *cromocrinia*. En efecto, mientras Erasmus Wilson (2), Neligan (3), Barensprung (4), E. Gintrac (5), consideran la coloracion anormal como dependiente de una *hipersecrecion de los folículos sebáceos*, y la colocan entre las afecciones de la piel, bajo el nombre de *stearrœa nigricans* ó *nigrescens*, ó con el de *melastearrea*; los casos observados por Le Roy de Méricourt, Macker, Kircherg, Blaise, etc., parecian depender, segun estos autores, de una *exudacion simple de materia colorante*.

Pero aparte del interés que tendria el dilucidar la cuestion de estos dos últimos puntos de vista, existe sobre el orígen de las manchas de cromidrosis diferencias de interpretacion mucho mas importantes. Admitiendo que se trate de una secrecion sebácea, queda aun por investigar la causa de la presencia de una materia negra ó azul en el producto de secrecion. Barensprung admite que son los *polvos ténues en suspension en la atmósfera que se adhieren á la capa sebácea, comunicándole el tinte negro*. Este modo de ver adquirió en el seno de la Sociedad médica de los hospitales de Paris una extension mayor, llegando á considerar *las manchas de la cromidrosis* como *artificiales y resultado de tentativas hábiles de simulacion*. Limitaremos nuestras indicaciones á las condiciones etiológicas de la cromidro-

(1) Le Roy de Méricourt, *Mémoire sur la chromhidrose ou chromocrinie cutanée*. Paris, 1864, p. 127.

(2) Erasmus Wilson, *Diseases of the Skin*. Lóndres, 1857, y *The student's book of cutaneous medicine and Diseases of the Skin*. Lóndres, 1865, p. 463. Bajo el nombre de *cromidrosis*, E. Wilson describe un estado que consiste en una alteracion clínica del sudor y en la eliminacion, por la piel, de un principio colorado que se desarrolla en el organismo. La perspiracion negra, descrita con el nombre de *stearrhœa nigricans*, «puede ser considerada como un ejemplo de esta afeccion;» pero la expresion *cromidrosis* sirve tambien en la obra de E. Wilson para designar las perspiraciones de diversos colores, azules, verdes, amarillos, etc.

(3) Neligan, *On the peculiar black discoloration of the Skin of the face* (*Dublin quarterly Journal*, Mayo, 1855).

(4) Barensprung, *Die Hautkrankheiten*. Erlangen, 1859, p. 45.

(5) E. Gintrac, *Cours de pathologie interne*, t. V, art. MÉLASTÉARRHÉE. Paris, año 1859.

sis (1); hemos reunido la descripcion presentada por Le Roy de Méricourt, que, así como muchos otros médicos, considera la *cromocrinia cutánea* como una verdadera afeccion del tegumento externo; indicaremos en el párrafo siguiente las sustáncias colorantes que han podido ó que podrian servir para producir las manchas que Le Roy de Méricourt considera como de orígen patológico; ya sea que la cromidrosis exista realmente ó ya no exista, recordaremos las condiciones en las que, segun este autor, debe colocarse para estar al abrigo del error.

§ VI.—Diagnóstico.

«No hay lugar para establecer el diagnóstico entre las manchas que nos ocupan y el equimosis de los párpados, tan solo á gran distancia podria haber un momento de indecision.»

La reproduccion *espontánea* de manchas, de un modo apreciable al cabo de cierto tiempo sobre la region préviamente vuelta á su estado normal, seria ciertamente una garantía la mas irrecusable de la realidad de la cromidrosis, si la demostracion del fenómeno no ofrece dificultades de observacion imputables á la simulacion.

Fuera de los datos tomados del órden moral, hé aquí, segun Le Roy de Méricourt, puede el médico por algunos medios puestos en presencia de una persona cuyos párpados están negros, llegar á disipar toda suposicion de superchería.

Las alteraciones de la salud general no presentan nada de característico, el exámen de las manchas, en razon de sus variables caractéres, solo tienen un valor accesorio. Es, sin embargo, muy importante demostrar, si hay lugar, que la superficie coloreada anormalmente está blanda, no lustrosa y sin dar la sensacion de una capa líquida ú oleosa, y que el bello de la piel no está teñido. De este modo se elimina de un modo *casi cierto*, segun Le Roy de Méricourt, la posibilidad del uso de un cosmético coloreado (2), y en particular de un cuerpo grave.

Al mismo tiempo se deberá asegurar de si existe algun resto de materia colorante aglutinando las pestañas. Dechambre (3) ha dado á conocer que pueden producirse artificialmente las manchas de cromidrosis por medio de una pequeña cantidad de *cold-cream* y de negro de humo, colocada entre las pestañas del párpado superior, extendida despues por medio de su movimiento particular de los párpados. Se observará la inyeccion de la red vascular subcutánea, y se fijarán, por último, los límites de la superficie afecta.

(1) Añadiremos, sin embargo, que segun Auzias-Turenne (*Gazette des hôpitaux* del 6 de Julio, 1861), la materia colorante puede proceder de una dislocacion parcial del pigmento del ojo sobre los párpados.

(2) Mas adelante indicaremos los cosméticos que se consideran mas apropiados para verificar la simulacion.

(3) Dechambre, *Société médicale des hôpitaux* (*Union médicale*, 1861).

Si ha sido necesaria la intervencion del aceite para limpiar *completamente* la piel, no se tendrán en cuenta todas las sustancias solubles en el agua, ni las que en estado pulverulento pueden adherirse á la piel (polvo de carbon).

Se observará si por medio del dedo, ó de un lienzo seco, se pueden agrandar á voluntad los límites de la mancha.

Cuando se quiera limpiar la superficie, para someterla á la prueba de reproduccion espontánea, se verificará lo mas completamente, hasta que con auxilio de una lente *no se pueda ver el menor corpúsculo negro*. Esta prueba no puede en realidad intentarse, sino cuando la enfermedad es reciente y la secrecion muy activa, en cuyo caso bastará un tiempo muy corto para que vuelva á aparecer el fenómeno.

Cuando se quieren someter á la prueba de la reproduccion espontánea las personas que presentan estas extrañas manchas, deberá ejercerse una estrecha vigilancia. Ad. Gubler (1) da á conocer en una carta dirigida á él por Spring (de Lieja), que su sagacidad y la de muchos de sus colegas fué burlada por una jóven.

Se ha propuesto, para evitar la superchería, un saco de gasa que cubra la cabeza y la cara, atándose perfectamente á la nuca (Cabasse y Magnin).

Despues de haber procurado hacer imposible la simulacion Spring y sus colegas, y de haber limpiado con el mayor cuidado la cara de su enferma, vieron aparecer la coloracion anormal al cabo de un cuarto de hora, y en otra sesion despues de una hora. Tuvieron la idea de aplicar por la tarde una capa de colodion sobre la superficie sustituida al estado normal, y encontraron por encima, y no por debajo, la sustancia colorante (carbon). Esta sustancia *se habia aplicado exteriormente*.

La prueba del colodion es, pues, suficiente para descubrir la superchería; tiene además la ventaja de economizar tiempo y no fatigar al individuo, y poderse acomodar en los casos en que es menester para la reproduccion completa un espacio de ocho, doce ó venticuatro horas. Pero si esta prueba tan sencilla, es suficiente cuando la materia colorante *se deposita sobre la capa de colodion desecada, sin mezclarse con él*, no es cuando ambas superficies del barniz aparecen intactas. Dos hipótesis se pueden entonces admitir para no dejarse sorprender por los enfermos que simulan, ó se ha suspendido la aplicacion de la materia colorante todo el tiempo que dura la prueba, ó la aplicacion del barniz ha impedido que se verifique la secrecion. Para obviar esta última causa de error, Le Roy de Méricourt propone interponer entre la piel y el colodion una capa de un líquido que impida una adherencia muy íntima entre el colodion y la epidermis.

(1) Ad. Gubler, *Société médicale des hôpitaux*, sesion de 28 Agosto 1861 (*Union médicale*, 1.° Octubre 1861).

Se limpia perfectamente la superficie con un lienzo con aceite, se asegura por medio de la lente que no quedan moléculas coloreadas en los surcos y pliegues de flexion; se secan despues con un paño seco y fino, se humedecerá la superficie con un poco de agua, pasando de los límites que debe ocupar el barniz (1), y se aplican sucesivamente por medio de un pincel muchas capas de colodion. Cuando se quieren levantar las capas de barniz seco, se emplea la punta de una pluma, se separa á veces toda la capa de una vez y se coloca entre dos cristales al microscopio. «En los casos de *cromidrosis verdadera*, no nos extrañará, añade Le Roy de Méricourt, si despues de haber levantado la lámina de colodion se encuentra toda la sustancia colorante adherida á la cara cutánea de la capa de barniz, y si la porcion de la piel cubierta reaparece casi con su coloracion natural.» Se deberá además examinar al microscopio en cuál de las caras de la lámina trasparente se encuentra depositada la materia colorante de la cromidrosis.

Quedan aun como últimos medios de comprobacion, el exámen clínico y el microscópico. Para recoger la materia colorante, se recurre á un pincel impregnado en glicerina si solo se quieren obtener pequeñas cantidades. Si por el contrario, para los ensayos químicos, se desea mayor cantidad de líquido muy teñido, se lavarán los párpados todos los dias por medio de un pincel empapado en aceite, y exprimidó despues en una cápsulita de porcelana. El éter que disuelve la materia colorante servirá para aislarla.

Limitaremos nuestras indicaciones á los procedimientos de exploracion relativas al diagnóstico. La exposicion de los datos complementarios suministrados por el exámen microscópico ó de los ensayos químicos nos conducirian muy lejos, y referiremos al lector para estudiar esta cuestion á Ad. Gubler, Ch. Robin (2) y Ordoñez (3). Solo referiremos que las sustancias que pueden servir para la simulacion son: *carbon porfirizado*, *pólvora*, *koheuil* ó *pirromeo* y el *negro de humo*, el *polvo de talco* y el *polvo fino de lápiz lazuli*.

§ VII.—Pronóstico.

«El pronóstico de la cromocrinia, considerado solo bajo el punto de vista de la *exudacion* coloreada y de las manchas que resultan, no tiene gravedad sino con relacion al aspecto desagradable que impri-

(1) Se deberá preferir al colodion ordinario el *colodion elástico*, que tiene la ventaja de molestar menos la piel sobre que se extiende, pudiéndose tambien levantar con mas facilidad, aunque siempre en pequeños fragmentos que se arrollan sobre sí mismos. (Le Roy de Méricourt. *loc. cit.*, p. 108 y 109.)

(2) Ch. Robin, *Examen microscopique et chimique des substances colorantes pouvant servir á simuler la chromocrinie* (en Le Roy de Méricourt, *loc. cit.*, p. 135), y *Observations physico-chimiques des échantillons de substance colorante* (*idem*, p. 146).

(3) Ordoñez, *Note sur la matière noire de la chromidrose ou sueur bleue* (en Le Roy de Méricourt, *loc. cit.*, p. 160).

me á la fisonomía. Si la afeccion es reciente, y las manchas tienen poca extension, si su aparicion parece íntimamente ligada con una alteracion de la salud y sobre todo de la funcion menstrual, en las mujeres, hay lugar á creer que la duracion no será muy corta, y que conseguida la salud ó el restablecimiento de la menstruacion, no se hará esperar mucho tiempo desapareciendo la *exudacion teñida*. Pero si hay persistencia del fenómeno, á pesar de la adquisicion de la salud, si las reglas se suceden sin ninguna mejoría en el estado local y sin la menor intermitencia en la secrecion de la materia colorante se puede temer que su duracion sea indeterminada.

»Las alteraciones generales que preceden ó acompañan en cierto número de casos á la *exudacion* coloreada, pierde mucha de su gravedad aparente si se recuerda que hasta ahora no han producido nunca la muerte, ni dependen de ninguna lesion orgánica apreciable, que solo tienen una duracion temporal, y que van por lo comun ligadas á una cloro-anemia ó dismenorrea concomitante.»

En tres jóvenes en que Le Roy de Méricourt observó la cromidrosis, habia al mismo tiempo *debilidad de la vista*, circunstancia que seria conveniente comprobar en los demás casos.

A los datos pronósticos que hemos referido, añadiremos que para un gran número de observadores que consideran la cromidrosis bajo el punto de vista de la simulacion, se preocupan, no de las manchas y de su extension, sino por el estado moral ó aberracion de la inteligencia de las personas que sostienen ante los médicos esta tentativa de mistificacion.

§ VIII.—Tratamiento.

Las aplicaciones tópicas intentadas hasta el presente no han dado ningun resultado. La proximidad de los ojos, la sensibilidad de la region hacen al práctico muy reservado en la eleccion de sustancias empleadas. Las *lociones oleosas* no tienen mas ventajas que hacer desaparecer temporalmente las manchas. En los casos de alteraciones generales de la salud, es menester explorarlas con cuidado y deducir las indicaciones terapéuticas á que pueden dar lugar. Se combatirá la amenorrea, dismenorrea, cloro-histerismo ó anemia. Si las aguas termales sulfurosas parecieron ejercer tan beneficiosa influencia en un caso publicado por A. Duval (1), mas bien parece depender de las ventajosas modificaciones impresas por el viaje y cambio de clima en la constitucion debilitada del enfermo. El cambio de localidad parece de poco tiempo á esta parte muy conveniente á los afectados de cromocrinia (2).»

Hemos tomado de Le Roy de Méricourt las indicaciones terapéuti-

(1) A. Duval, *Gazette hebdomadaire*. 14 Junio 1861.
(2) Le Roy de Méricourt, *loc. cit.*, p. 133.

cas precedentes, y debemos añadir que en virtud de las dudas presentadas sobre la realidad de la cromocrinia, las personas sometidas á la observacion deberán someterse primero á los medios de comprobacion anteriormente indicados.

5.° VITILIGO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

El *vitiligo* está caracterizado por la existencia de manchas blancas en diversos puntos del cuerpo, con ó sin albificacion del sistema piloso correspondiente.

Las manchas del vitiligo se han descrito tambien con los nombres de *chloasma album*, *achroma*, *alphos*, *albaras*, *morfea blanca*, *lepra blanca*, *leucopatia*, *leucozoonia*, *leucodermia*, *efélides blancas*, *albinismo parcial*, *atrofia pigmentaria*. En cuanto á la etiología de la palabra con que hoy se la designa, es probable se refiera á la palabra *vitulus*, vaca; en razon de la semejanza mas ó menos pronunciada del tegumento de la vaca, cuyo pigmento rojo ó negro está sembrado de manchas blancas, y la piel mas ó menos oscura del hombre en la que aparecen las manchas blancas irregulares de la afeccion que nos ocupa (1).

§ II.—Descripcion.

«Las manchas del vitiligo no tienen forma determinada; unas veces redondeadas, otras ovales, son por lo general irregulares. Su dimension es variable, ocupan indistintamente todas las regiones del cuerpo. Se las ha visto en la piel de la cabeza, en la cara, cuello, pecho, axilas, partes genitales, brazos, antebrazos y miembros inferiores. La parte enferma está blanca, mate, y mas suave al tacto que la piel sana. Los cabellos ó pelos que la cubren están tambien decolorados, y están mas sedosos que los pelos negros; su diámetro es

(1) Véanse sobre este objeto: Rayer, *Maladies de la peau*. Paris, 1835, t. III.
Beaumès, *Nouvelle dermatologie*. Paris, 1842, t. II, p. 252.
Cazenave, *Maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 279.
Simon, *Die Hautkrankheiten*. Berlin, 1851, p. 63.
Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. 259.
Gintrac, *Cours theorique et clinique de pathologie interne et de thérapie*. Paris, 1859, t. V, p. 248 y siguientes.
Gibert, *Maladies de la peau*. Paris, 1860, t. I, p. 563.
Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles*. Paris, 1862.
Laycock, *Clinical Researches into morbid pigmentary changes* (*British and foreing medico-chirurgical Review*, Abril, 1861).
De M. Lévi, *Recherches sur le vitiligo, et considérations générales sur la fonction chromatogène de la peau de l'homme* (*Recueil de mémoires de médecine militaire*. Paris, 1865). De este trabajo hemos tomado los datos de la descripcion que sigue.

menor, y están privados de pigmento. No hay dolor, ni picor, ni esfoliacion epidérmica, ni exudacion. La sensibilidad como en el resto de la superficie y la epidermis se levanta perfectamente bajo la accion del vejigatorio.

»Las manchas del vitiligo congénito permanecen, por lo comun, estacionarias; rara vez se modifica su color, y su extension es la misma toda la vida. A veces, sin embargo, al lado de las manchas del vitiligo congénito se presentan bajo la influencia de causas variables otras de vitiligo accidental. Se suelen observar manchas de vitiligo y manchas de hipercromia igualmente congénitas, como si la naturaleza encargada de suministrar una cantidad determinada de pigmento, quisiera acumular en unos puntos lo que una causa morbosa ha impedido distribuir en otros.»

El vitiligo que se desarrolla accidentalmente, en una época posterior al nacimiento, no se anuncia por ningun síntoma precursor, ni escalofrio, ni raquialgia, ni fiebre, y las manchas pueden existir meses enteros, sin haber llamado la atencion de los que las presenten, á menos que no ocupen regiones descubiertas del cuerpo. Tampoco se ha visto producirse de pronto el albinismo de la piel como el de los cabellos. «Sucede que antes de blanquear la piel y los pelos ó vello que la cubre, adquiere un tinte mas pronunciado, como si el pigmento, antes de absorberse, hubiera sufrido mayor desarrollo, ó bien una modificacion molecular en el interior de las células que le contienen. Como quiera que sea el pigmento, una vez que ha comenzado á desaparecer, se absorbe poco á poco, y segun los diversos grados de la enfermedad, presentan las manchas tintes mas ó menos claros, desde el color normal hasta el blanco lechoso del vitiligo.

»Unas veces en una piel completamente sana, otras en la inmediacion de una erupcion sifilítica ú otra, se ve nacer un punto blanco, de radiacion excéntrica, presentando en los diversos períodos de su evolucion los tintes mas variados. La desaparicion del pigmento no va acompañada de ningun fenómeno general; la piel tampoco presenta síntoma ninguno, ni se enrojece, ni se tumefacta, ni hay dolor, ni picor; no se observan botones, rezumamiento, ni esfoliacion, depresion, ni prominencia.»

Se indica como sitio de predileccion de las manchas de vitiligo, los ángulos de la boca y las partes genitales; sin embargo, segun el análisis de las observaciones hechas por Lévi (1), se observan con mas frecuencia en el cráneo, en la region epigástrica, antebrazos y escroto; extremidades digitales, manos, cara, toráx, y por último, la espalda, brazos y péne. Una vez establecido el vitiligo, puede invadir indistintamente todas las partes del cuerpo.

Mas ó menos dispersas, frecuentemente redondeadas y ovales al principio, las manchas de vitiligo, cuando se agrandan, presentan las

(1) D. M. Lévi, *loc. cit.*, p. 32 de la tirada aparte.

formas mas irregulares: «unas veces son placas anchas de bordes dentados por un lado y redondeados por otro; otras veces son estrías y otras bandas ó cintas.» Su número es tambien variable, como su *dimension*. A veces aumentan de extension hasta unirse unas con otras, é invaden toda la superficie del cuerpo (figuras 68, 69 y 70).

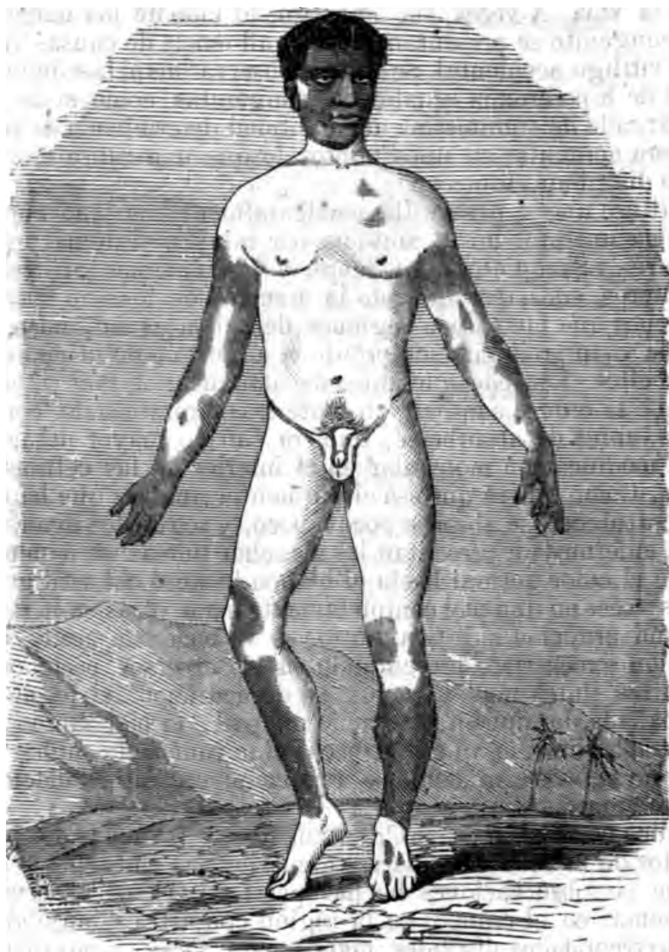


Fig. 68.—Vitiligo accidental simple y parcial. (D. M. Lévi, observacion I.)

Las manchas son á veces de un blanco agrisado al principio; tambien se las ha visto rosadas, despues de algunos años de su existencia; pero por lo comun son de un blanco mate que se ha comparado al de la leche, de la nieve ó de la cal.

Por lo comun, sobre las manchas, experimentan los pelos ó vello una decoloracion igual á la de la piel. Á veces se cae el pelo, apareciendo en su lugar otros blancos pequeños, coposos y de una nota-



Fig. 69.—Vitiligo accidental simple y parcial. (D. M. Lévi, observacion II.)

ble finura, otras veces, por último, «la piel se decolora y el pelo queda negro, ó bien aparecen pelos blancos en superficies normalmente coloreadas.»

«Unas veces la transicion de la parte enferma á la sana es brusca, sin aumento ni disminucion de la materia colorante; otras veces el pigmento disminuye gradualmente, y por esta suave transicion la

piel entra en sus condiciones normales; otras veces se produce en mayor abundancia en los bordes mismos de la mancha, y el tinte de la piel va disminuyendo para confundirse insensiblemente con la co-

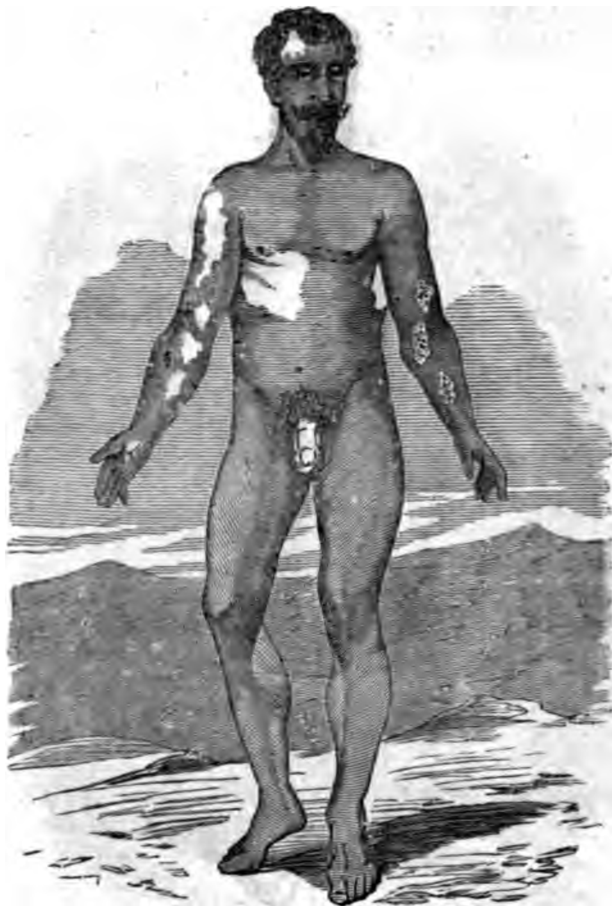


Fig. 70.—Vitiligo melásmico. (D. M. Lévi, observacion recogida en el Hospital Militar de Val-de-Grace.)

loracion normal. En estos casos se suelen encontrar en diversas partes del cuerpo manchas *melásmicas* completamente independientes de las manchas del vitiligo.» (*Leucopatía melásmica* de Laycock, *vitiligo melásmico* de Lévi.)

Si se pasa la mano por las manchas, «se experimenta una sensacion análoga á la que produce una hoja de papel fino satinado, el

dedo no percibe las rugosidades ligeras que presentan las partes sanas de la piel, rugosidades que parecen exageradas en los límites de las manchas cuando hay hipercromia, sin que por esto exista una diferencia de nivel entre las partes blancas y las normales.» En la mayoría de los casos, la sensibilidad se conserva al nivel de las manchas; sin embargo, en dos casos se ha encontrado disminuida, y en otro habia hiperestesia (Lévi).

La *accion de la luz* sobre las manchas de vitiligo se ha estudiado en algunos casos. Bajo la influencia de la exposicion á la luz directa del sol, las manchas se enrojecen, se hacen dolorosas en cierto número de enfermos, mientras que en otros quedan insensibles. En fin, «en gran manera de casos se ha visto al tegumento tostarse, cubrirse de sudor, y á veces de ampollas y elevarse con rapidez.» (Lévi.)

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

«El *diagnóstico* del vitiligo no presenta en general ninguna dificultad, sobre todo cuando es simple; en este caso no puede confundirse con ninguna afeccion cutánea. Las manchas de vitiligo podrian desconocerse, cuando á su lado se encontrasen manchas melásmicas; pero la comparacion de las manchas blancas con las partes sanas de la piel, si existen, bastaria para reconocer el acroma.

»Si toda la superficie del cuerpo está enferma, cubierta en parte de manchas melánicas, y en parte de vitiligo, el exámen micrográfico de los puntos podria únicamente aclarar la cuestion; sobre las manchas blancas se encuentran pelos mas finos, mas sedosos y desprovistos de pigmento.» (Lévi.)

Pronóstico.—«La mancha del vitiligo es esencialmente crónica, su duracion es indeterminada; á veces queda estacionaria por muchos años para esparcirse por el cuerpo por una causa cualquiera, otras veces se detiene, y rara vez retrocede.

»No comprometen ni la existencia, ni el desempeño regular de las funciones. Aunque son por lo comun indicio de un estado general mas ó menos alterado, no debe inspirar serios temores;» solo constituye una deformidad que puede ser desagradable en las relaciones sociales.

§ IV.—Etiología, anatomía y fisiología patológicas.

«Se ha creido por mucho tiempo, y aun es opinion de muchos patólogos, que el *vitiligo congénito* se reconoce exclusivamente en los hombres de raza negra (1); pero la ciencia posee hoy muchas observaciones auténticas de europeos nacidos con manchas de vitiligo.»

(1) «Se designa con el nombre de *pios* á los negros que nacen con una ó muchas manchas blancas sobre cualquier parte del cuerpo.» (Lévi.)

Las condiciones etiológicas deducidas de las diferencias de las razas se han eliminado. Se ha creido que la permanencia de la madre en un sitio oscuro y húmedo podria provocar esta deformidad en el feto. Se han hecho intervenir tambien causas de órden moral; afeccion particular, durante el embarazo, por ciertos animales con piel blanca y negra (1); pasiones tristes, impresiones morales vivas.

El vitiligo congénito, siempre parcial (Lévi), ataca á los niños de ambos sexos. «Se observa en los paises cálidos como en los templados, en los blancos y mulatos como en los negros.

»Si se han indicado á veces en las personas que presentan el vitiligo congénito, temperamento linfático, ó constitucion robusta, nunca se ha hecho mencion de alteracion de la vista, de la inteligencia, desproporcion de los miembros, que son los atributos del albinismo.» (Lévi.)

Se han dado diversas explicaciones de la produccion del *vitiligo accidental*. Benjamin Rusch, en particular, ha observado que en un negro las manchas de vitiligo habian comenzado en el punto en que los vestidos hacian cierta presion, ó el trabajo producia un roce, con lo que creyó poder atribuir á una accion mecánica (2) la desaparicion del pigmento que, segun él, se absorbia por los vasos linfáticos. Algunos autores consideran como causa las emociones vivas; sin embargo, en las observaciones se ha creido ver mas bien una simple concomitancia, que una influencia inmediata de las emociones morales.

Segun Bazin, el vitiligo se produce en tres circunstancias diferentes: 1.°, en los sifilíticos; 2.°, en los artríticos; 3.°, en los niños y jóvenes exentos de todo vicio constitucional.

Hé aquí las conclusiones relativas á la etiología, que ha deducido Lévi del análisis de treinta y siete casos de la afeccion que nos ocupa.

«El vitiligo ataca los dos sexos, pero con mas frecuencia (3 : 1) al hombre que á la mujer; se produce en los individuos de la raza caucásica como en los de la negra, en proporcion que aun no se pueden determinar; rara en la primera infancia, aparece con frecuencia de los diez á los veinte años, produciéndose con cierta fruicion hasta los sesenta años; puede atacar á los individuos de todas constituciones y de todos temperamentos, pero parece que el temperamento bilioso (3) predispone mas que ningun otro; los morenos son atacados con mas frecuencia que los que presentan poco pigmento, se ha observado en Europa, Asia, África y América; ninguna profesion pare-

(1) Père Gumilla, *Histoire de l'Orénoque*, t. I, p. 149.

(2) Sin decir que el vitiligo se produzca bajo el influjo de la misma causa, Rayer refiere haber visto con frecuencia desaparecer el pigmento por una presion lenta y prolongada ejercida por un vendaje herniario.

(3) No admitimos el temperamento bilioso, pues el predominio de este *aparato* constituye una idiosincrasia, y á esta *idiosincrasia biliosa* ó *gastro-hepática* es á la que debe considerarse como favorable á la produccion del vitiligo. (Nota de los traductores de esta edicion.)

ce exponer de preferencia; pero aquellas personas mas espuestas á las irritaciones entonces, ó sometidas á condiciones higiénicas que favorezcan la debilidad general de la constitucion, están mas predispuestas que las demás; las impresiones morales vivas no determinan la absorcion súbita de la materia colorante de la piel; la predisposicion á contraer el vitiligo se trasmite de padres á hijos, pero no de un modo necesario; el vitiligo congénito ó la primera manifestacion del adquirido, lejos de ser causas de inmunidad, favorecen el desarrollo del acroma; las causas que determinan la hipercromia de la piel, favorecen tambien las manchas de vitiligo, y entre estas causas la sífilis ocupa un puesto importante, ya obrando como causa específica ya como debilitando la constitucion (1).»

Anatomía patológica.—En una jóven europea, muy morena, que presentaba en muchos puntos de su cuerpo grandes manchas de vitiligo, la muerte permitió hacer el análisis de la piel. Simon (de Berlin) hizo su estudio micrográfico. En los puntos en que la piel conservaba su coloracion morena, se encontró en la red de Malpigio gran cantidad de granos de pigmento regularmente oscuro, y algunas células llenas de gránulos pigmentarios. Al nivel de las manchas blancas no fué posible descubrir restos de pigmento, ni el dermis ni el epidermis presentaron la menor alteracion, ni en el espesor, ni en su estructura.

En un hombre de cincuenta años, afectado de vitiligo y de enfermedad del hígado á la par encontró Parkes pigmento en el epitelium del peritóneo, y nada en las cápsulas suprarenales. La sangre, examinada al microscopio, no presentó ni pigmento libre, ni corpúsculos blancos en exceso.

El mismo líquido recogido en otros enfermos (2), se examinó por Lévi, sin que fuera posible descubrir indicios de pigmento ó de modificacion en la proporcion de los glóbulos rojos blancos. En tres ca-

(1) Con frecuencia, segun las observaciones de Addison y Trousseau sobre la *enfermedad bronceada* (véase el tomo I, p. 635), «al lado de las manchas mas ó menos oscuras, se encuentran otras mas claras y de un blanco mate, verdaderas manchas de vitiligo entremezcladas con las manchas bronceadas, como si se tratase de una dislocacion de la materia pigmentaria, depositándose en unos puntos del tegumento y abandonando otros.» (A. Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª edicion, t. II, p. 677.)

En apoyo de esta opinion que atribuye á la sífilis influencia sobre la produccion de algunos casos de vitiligo, Lévi (*loc. cit.*, p. 28) recuerda, entre otros casos, el referido por Aug.-Alex. Pillon (*Des exanthèmes syphilitiques*, tésis inaugural. Paris, 1857, p. 23), en la que habia grandes manchas de vitiligo en el vientre de una mujer afectada de roseola sifilítica. «Existe tambien en Nueva-Granada y al Norte de América, una enfermedad conocida con el nombre de *carata*, Esta afeccion, que muchos autores consideran como unida á la sífilis, produce en la piel los cambios de color mas variados; pero por lo general produce manchas de hipercromia y de acromia. Segun dicen los habitantes del país, *ennegrece á los blancos y blanquea á los negros*.» (Lévi.)

(2) En Africa, en dos kabilas en que el vitiligo era simple; y en Paris, en Val-de-Grâce, en un militar francés atacado de vitiligo melásmico (fig. 70).

sos los pelos blancos de las partes enfermas eran mas blandos y sedosos que los negros; mirados al microscopio no presentaban ningun indicio de pigmento; su diámetro era siempre menor que el de los pelos sanos; no se observaron nunca parásitos.

En un análisis rápido hecho por J. Arnould, profesor agregado de la Escuela imperial de medicina militar de Val-de-Grâce, y Lévi, el enfermo atacado de vitiligo melásmico presentaba las orinas limpias, de color de cocimiento de cebada, sin albúmina y con azúcar en notable cantidad. Al microscopio se distinguian cristales de urato, epitelio pavimentoso, células pigmentarias de formas y dimensiones diversas, de contornos desiguales y como interrumpidos; el pigmento era mas ó menos abundante é irregularmente distribuido. En un enfermo de orígen africano encontró Lévi resultados casi análogos; y en otro analizado por Laycok, las orinas eran claras, abundantes y no contenian albúmina, presentando cloruros en cantidad normal.

§ V.—Tratamiento.

Se han empleado sucesivamente contra el vitiligo los diaforéticos, los zumos vegetales, el *caldo de víbora*, los baños simples, los medicamentosos, las duchas y aun las fricciones eléctricas con las bruzas de Mauduyt; pero ninguno de estos medios ha producido ningun resultado. Así, aunque Rayer consiguió la curacion de una mancha de vitiligo con un vejigatorio, y Cazenave llegó á un resultado semejante con la tintura de quina, se reconoce generalmente como difícil de curar el vitiligo y aun como incurable.

Sin embargo, segun Alibert, debiera ensayarse un tratamiento metódico en el que se tuvieran en cuenta el grado y naturaleza del mal, la constitucion del sugeto, y todos los elementos que hubieran podido ejercer un papel etiológico en la produccion ó sostenimiento del estado patológico.

«El tratamiento no debiera, pues, dirigirse únicamente á la piel enferma; á la par de esta manifestacion existe casi siempre un estado general que debe tenerse en cuenta, y cuya modificacion bajo la influencia de medicacion racional serviria de poderoso ayudante á los tópicos empleados en los puntos blanqueados.

»En cuanto al tratamiento local, no dudamos en recomendar el vejigatorio volante, con el que hemos obtenido efectos rápidos y duraderos, despues de haber fracasado las experiencias comparativas en diversos puntos enfermos con nitrato de plata, tintura de iodo, fricciones secas, fricciones excitantes, la electricidad y la luz solar concentrada.» (D. M. Lévi.)

6.° ICTIOSIS.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de ictiosis á un estado particular de la piel, verdadera deformidad, cuyo carácter principal es la sustitucion de la flexibilidad y blandura habitual de la cubierta cutánea, por una secura y rugosidad debida á escamas justa-puestas como las piezas de un mosáico. Por debajo de ella la piel sana no presenta ni rubor, ni tumefaccion, ni prurito, ni ninguna sensacion anormal.

Tambien se ha descrito la ictiosis con los nombres de *lepra ictiosis*, *ictiosis serpentina*, *nacarada*, *córnea*. (Alibert), etc.

§ II.—Causas.

La ictiosis es por lo comun congénita y hereditaria, y se trasmite de generacion en generacion; parcial y localizada en la madre, puede hacerse general en la criatura. Puede manifestarse en todas las edades aun en la declinacion de la vida, y segun Cazenave (1) y la mayoría de los autores se observa con mas frecuencia en los varones que en las hembras, y de estas, segun Bazin (2), las niñas son las mas expuestas. Endémica en algunos climas, se produce en algunos individuos que gozan de predisposicion hereditaria bajo la influencia de agentes irritantes; en estos casos es parcial (ictiosis accidental).

§ III.—Síntomas.

En su forma ordinaria ó comun, la ictiosis está caracterizada por escamas anchas, delgadas, justa-puestas, elevadas y desprendidas en sus bordes, como rotas al nivel de los surcos ó pliegues de la piel, y terminadas por líneas que confluyen en ángulos diversos: la superficie tegumentaria se encuentra de este modo dividida en pequeñas fracciones dispuestas con cierta regularidad. (Bazin.)

A veces la piel solo está sembrada de *partículitas epidérmicas* sobrepuestas y agrisadas. En realidad no hay mas que un ligero aumento de espesor y una sequedad de la piel, acompañadas de una *esfoliacion* continua.

Otras veces no tiene la *piel* su flexibilidad habitual, y está engrosada, resquebrajada y cubierta de verdaderas *escamas* secas, duras y resistentes. Las escamas, por lo comun agrisadas, tienen á veces un color blanco nacarado, ordinariamente muy brillantes y rodeadas de muchos *círculos negruzcos*. Esto resulta de que la epi-

(1) Alfredo Cazenave, *Dictionnaire de médecine, ó Répertoire général des sciences médicales*, en 30 vol., t. XIV, art. ICHTHYOSE.

(2) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, p. 468. París, 1862.

dermis *surcada en todos sentidos*, se ha dividido en una porcion de *escamitas* irregulares, la mayor parte *sobrepuestas* al punto adherente. El tamaño de estas escamas varía: unas veces son pequeñas y están rodeadas de *puntos farináceos* que corresponden á los surcos, y otras son anchas y cubren las superficies surcadas en una extension mayor ó menor.

Se ha dado el nombre de *ictiosis serpentina* á una variedad caracterizada por multitud de arrugas entremezcladas de un modo regular que dan á la piel el aspecto del vientre de un lagarto ó de una culebra. La epidermis está lisa y seca, y es asiento de una ligera descamacion permanente. (Hardy.) Cuando las escamas, en lugar de ser blancas, son sucias, pardas ó negruzcas, la ictiosis se llama *parda* ó *ciprina*. En fin, la ictiosis *córnea* es notable por la presencia de escamas duras, prominentes, formando á veces variados apéndices que han hecho dar á los que padecen esta extraña deformidad el nombre de *hombres puerco-espines*. (Alibert.)

Las escamas, excepto las mas anchas, pueden arrancarse fácilmente y sin dolor; no hay calor, dolor ni prurito, y debajo de ellas la piel no está roja, pero tiene tal aspereza que al tocarla parece piel de zapa, y á veces se siente la misma impresion que al pasar la mano por el dorso de ciertos pescados.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

En una época proxima al nacimiento, la ictiosis congénita está generalmente poco manifiesta; sin embargo, la piel ha perdido su finura y pulimento ordinario, y está seca, sucia y agrisada. Al cabo de algunas semanas se presenta la enfermedad de un modo evidente. Por algun tiempo está limitada al engrosamiento y esfoliacion contínua de que mas arriba hemos hablado, y á veces persiste así indefinidamente; pero otras adquieren un grado mas intenso.

La ictiosis accidental tiene por lo general un *curso* mas rápido y experimenta en su *duracion* modificaciones sensibles, que á veces pueden hacer creer en la curacion definitiva, si por lo comun no se observase que en otra estacion vuelve á reaparecer la enfermedad lo mismo que anteriormente. Estos cambios se observan muy rara vez en la ictiosis congénita.

La ictiosis congénita suele durar toda la vida; pero la accidental desaparece á veces completamente, y su duracion es siempre larga, por lo comun de muchos años y á veces indefinida.

La ictiosis congénita ocupa todo ó casi todo el tegumento externo, y la accidental está circunscrita por lo comun á una region, particularmente á los miembros.

La ictiosis se complica frecuentemente con erupciones cutáneas ([illegible], eczema); la piel ictiósica conserva toda su sensibilidad á la

influencia de los agentes morbosos; las pústulas variólicas siguen su curso normal. (Bazin.)

§ V.—Lesiones anatómicas.

Houel (1) ha publicado la descripcion de fetos con ictiosis congénita, remitidos por Baudelocque, en 1851, á la Facultad de Medicina de Paris. La piel estaba cruzada por surcos, y se parecia á la película de las patatas cocidas en agua, y en ciertas partes los bordes de las fisuras epidérmicas están como invertidos presentando tendencia á arrollarse. El número de fisuras es considerable y puede contarse por centenares, ocupando el tronco y los miembros, y no presentando nada regular en su aparicion.

Ch. Robin, que ha estudiado al microscopio (aumento de 60 diámetros) una porcion de tegumentos de este feto, tomada del tórax, ha encontrado el dermis normal; al nivel de los surcos la epidermis estaba menos de la mitad mas delgada que en los fetos de igual edad, estando, por el contrario, mas engruesada en los puntos intermedios, formando relieve. Las pápilas faltan casi al nivel de los surcos, como en las anchas cicatrices recientes, ó están representadas por raras rugosidades; en otros puntos están muy desarrolladas y parecen ligeramente hipertrofiadas. En resúmen, la lesion se encuentra completamente limitada al epidermis y cuerpo papilar.

Steinhausen ha publicado un caso raro observado en un niño (2), y Gurlt (3) conoció algunos otros. Este último autor ha observado en otra ocasion, como Numan, de Utrecht (4), un caso de ictiosis córnea congénita en una vaca, como se ve un caso en la coleccion de la Escuela de veterinaria de Utrecht. En el caso de Gurlt, analizado por Charcot (5), la exploracion de los tegumentos externos de una vaca jóven hizo conocer que la afeccion consistia en grietas y surcos de la epidermis con ausencia aparente de pelos. En efecto, independientemente de los puntos en que habia adquirido su desarrollo normal, un exámen atento con la lente permitia reconocer pelos que formaban una pequeña elevacion por encima del nivel de la superficie externa de la piel. El estado morboso de la piel consistia sobre todo en un gran desarrollo de la epidermis que habia detenido en su marcha el crecimiento de los pelos. La epidermis tenia, en efecto, en algunos

(1) Houel, *Description d'un fœtus affecté d'ichthyose congénitale (Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1.ª série, t. IV, año 1852, p. 176).

(2) Steinhausen, *Dissertation soutenue en* 1848. (El cuerpo del feto existe en el Museo anatómico de la Universidad de Berlin).

(3) Gurlt (de Berlin), *Ichthyose congénitale chez un veau (Magazin für die gesammte Thierheilkunde*, von Dr. Gurlt und Dr. Hertwig. Berlin, 1850, p. 249).

(4) Numan (de Utrecht), *Magazin voor vee-artsenij-Kunde s'huck.*

(5) Charcot, Sur une observation de M. Gurlt, titulada: *Ichthyose cornée congénitale chez un veau (Comptes rendus des séances de la Soc. de biologie*, 1.ª série, t. IV, año 1852, p. 179).

puntos un espesor de dos líneas, y parecia compuesto de muchas capas sobrepuestas. En el fondo de los surcos y de las fisuras, el dermis no estaba al descubierto, le cubria una capa fina epidérmica. No presentaba ninguna modificacion notable en su textura, los folículos y los bulbos pilosos parecian normales; pero casi todos los pelos eran muy cortos, y su punta apenas salia de la superficie de la epidermis. Las glándulas sebáceas, que terminaban en los folículos pilosos, estaban sanas, pero de escaso volúmen. En cuanto á las glándulas sudoríparas, cuyo estado seria importante conocer, pues que la piel en la ictiosis, no es por lo comun asiento de ninguna traspiracion habitual (excepto en ciertos casos en las axilas y planta de los piés), Gurlt, no pudo encontrar su existencia, lo que se atribuye á la maceracion prolongada que habia sufrido la pieza. En fin, en un análisis químico comparativo de la epidermis de un individuo sano (de siete á ocho meses) y de la epidermis espesada del sugeto observado por Gurlt, ha obtenido van Stetten los siguientes resultados: de 1000 partes de cenizas, la epidermis de un feto normal ha dado solamente 250 partes de fosfato de cal, y la epidermis de un feto atacado de ictiosis ha dado 600 partes de la misma sal. Así Gurlt y Numan, atribuye al predominio de estos materiales inorgánicos, y especialmente al fosfato de cal, la dureza y friabilidad de la epidermis de los atacados de *ictiosis córnea congénita*.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

No se confundirá la ictiosis de los viejos con el estado de rigidez y flacidez que presentan la piel en una edad avanzada; la exfoliacion epidérmica falta en este caso.

En la *pitiriasis*, las escamas están dispuestas en placas mas ó menos imbricadas, y hay prurito, rubicundez, y por lo comun se puede precisar la época de la invasion. Además de signos análogos, el *eczema* en su último período, presenta en algunos puntos un aspecto liso y lustroso bien conocido; en fin, ha habido anteriormente exudacion y costras.

En los casos en que las pápulas del *liquen*, cubiertas de láminas epidérmicas en su superficie pudieran producir error, la viva comezon que las acompaña, la elevacion de las pápulas y los caractéres de las escamas descubrirán el liquen.

En los casos en que pudiera confundirse con la ictiosis, el barniz ceruminoso del acné sebáceo de la cara, se recordará «que el acné forma una capa escamosa, que blanda primero y poco adherente, se hace dura y no se desprende sin dolor; por debajo de esta capa, la piel está roja y animada, deja entrever los orificios dilatados de los folículos sebáceos.» (Rayer, Bazin.)

El psoriasis, que en algunos casos ha podido confundirse con la ictiosis parcial, diferenciándose al principio por su curso; además las

escamas son brillantes; adherentes, sobrepuestas é imbricadas; están situadas sobre una superficie roja elevada, y produce frecuentemente comezon.

Pronóstico.—La ictiosis nunca ocasiona por sí misma la muerte, ni trastorno alguno notable en las funciones. Solo la piel está seca y no tiene ninguna traspiracion habitual, excepto en las plantas de los piés, cuyos órganos, no estando invadidos por la erupcion, se hallan en ciertos casos habitualmente humedecidos por el sudor.

§ VII.—Tratamiento.

Es puramente paliativo: se modifica temporalmente la aspereza de la piel á beneficio de *lociones mucilaginosas* y de *baños repetidos con frecuencia*, especialmente *de vapor*. Estos son los medios que han dado mejores resultados á Biett, que no ha obtenido de la *brea* administrada al interior las ventajas que indica Willan. En ciertos casos de ictiosis accidental puede esperarse la curacion, y Biett la ha logrado por medio de *vejigatorios* cubriendo sucesivamente con ellos los dos brazos, que era donde residia la enfermedad.

Segun Bazin, el uso de los baños alcalinos repetidos con frecuencia, las unturas de aceite de enebro, las pomadas alcalinas ó de brea, los glicerolados, etc., bastan para restituir á la piel su flexibilidad y condiciones normales, y puede llegarse por la accion contínua de estos medios y por cuidados incesantes á disimular por completo la deformidad (1).

7.° ESCLERODERMIA. (ESCLEREMA DE LOS ADULTOS.)

Hace algunos años que la existencia del verdadero esclerema, descrito en estos últimos tiempos con el nombre de esclerema de los adultos, era de tal punto ignorado por la mayor parte de los autores, que ni siquiera ocupaba lugar esta enfermedad en el cuadro nosológico. En 1845 publicó Thirial (2) una observacion que llamó la atencion general, y mas tarde el profesor Forguet (3), de Estrasburgo, que no conocia el hecho referido por Thirial, tuvo ocasion de observar otro, y creyó que se trataba de una enfermedad nueva. Entonces se ha suscitado una discusion de prioridad entre estos dos médicos (4),

(1) Bazin, *loc. cit.* p. 471.

(2) Thirial, *Du sclérème chez les adultes, comparé à celui des enfants (Journ. de médecine*, Mayo y Junio 1845).

(3) Forget, *Mém. sur le chorionitis ou sclérosténose* (maladie non décrite par les auteurs) *(Gazette méd., de Strasbourg*, Junio 1847).—Véase tambien Grisolle, *Sur une maladie rare de la peau (Gazette des hôpitaux*, 29 Abril 1847).

(4) Thirial, *Du sclérème des adultes: identité de cette maladie et de celle que M. Forget, de Strasbourg, vient de présenter comme nouvelle sous le nam de chorionitis, etc. (Union méd.*, 24 y 28 Agosto 1847).

que no podia ser larga, pues era indudable que la observacion de Thirial tenia una fecha anterior.

Cuatro meses despues, Gintrac (de Burdeos), en sustitucion á los diversos nombres dados al esclerema de los adultos (*chorionitis*, *esclerotenosis*, *cutánea*, Forget), adoptó (1) la denominacion de *esclerodermia* como presentando la ventaja de no prejuzgar la cuestion. Publicó al mismo tiempo cuatro nuevos casos que pudo encontrar en sus investigaciones bibliográficas y tomados: uno de Diemerbroeck, otro de Zacutus Lusitanus; otro de Fantonetti (2), y el último de Curzio (3).

Hácia la misma época Putégnat (de Lunéville) publicó otra observacion que presenta el gran interés de ser la primera recogida en un hombre (4).

Sin embargo, esta enfermedad no era nueva, como lo ha demostrado el doctor Ravel (5), quien por medio de investigaciones biográficas muy extensas, hace remontar el conocimiento de esta enfermedad hasta Hipócrates (6). Este autor cita en seguida un gran número de obras en las cuales se hallan, no tan solo ejemplos multiplicados de la enfermedad que nos ocupa, sino tambien descripciones generales de esta afeccion, entre las cuales distingue en particular la de Lorry (7), y una observacion recogida por G. Strambio (8).

El mismo Thirial refirió algunos (9), y debemos otros muchos á Bouchut (10), Rillier (11) y Peletier (12).

(1) Gintrac (de Bordeaux), *Note sur la sclérodermie (Journal de médecine de Bordeaux*, Setiembre 1847, y *Revue médico-chirurgicale*, Noviembre 1847.

(2) Fantonetti, Observacion traducida de los *Annali universali* d'Omodei. Enero 1837 (*Presse médicale de Paris*, p. 360).

(3) Curzio, Carta dirigida al abate Nollet, con el título: *Dissertation anatomique et pratique sur une maladie de la peau, d'une espèce fort rare et fort singulière*. Nápoles, 1752; Paris, 1755.

(4) Putegnat (de Luneville), *Sur le chorionitis, ou sclérosténose de la peau*, et *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles*, t. V, p. 879 (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. II, p. 267, Octubre 1847).—Véase tambien Pierquin, *Revue médico-chirurgicale*, 1847, p. 267, y *Journal des connaissances médico-chirurgicale*, página 186, Noviembre 1848.

(5) Ravel, *Rech. sur la stegnose (sclérème des adultes) (Journal des connaiss. médico-chirurg.*, Noviembre y Diciembre 1848).

(6) Hipócrates, *Épidémies*, lib. V, cap. IX, *Obras de Hipócrates*, trad. de Littré, tomo V, p. 203.

(7) Lorry, *Tractatus de morbis cutaneis*. Paris, 1777.

(8) G. Strambio, *Endurcissement du tissu cellulaire (Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, dirigida por Sédillot. Paris, 1817).

(9) Thirial, *Note pour servir à l'histoire de la maladie nouvelle appelée sclérème des adultes, ou sclérodermie (Union médicale*, Diciembre 1849).

(10) Bouchut, *Observ. de sclérème des adultes (Gaz. méd. de Paris*, 25 Setiembre 1847).

(11) Rilliet, *Revue méd.-chirurg. de Paris*, 1848, et *Traité des maladies des enfants*, 2.ª edicion.

(12) Pelletier, citado por Forget, *Lettre sur le chorionitis (Revue méd.-chirurg. de Paris*, Febrero 1848).

Cuando se publicó la primera observacion de Thirial, se creyó que esta enfermedad seria semejante á la que aparece con tanta frecuencia en los recien nacidos, y que se ha descrito bajo el nombre *de edema de los recien nacidos*, y que tambien se le ha llamado esclerema; pero hemos demostrado entonces (1) que los síntomas y las alteraciones anatómicas eran esencialmente diferentes y constituian dos enfermedades distintas, opinion que, como vamos á verlo, han venido á comprobar los hechos, y así creemos que en la actualidad á nadie le quedará duda respecto á este punto. Posteriormente ha aparecido una Memoria de Gillete (2), en la que se encuentran dos observaciones recogidas por el mismo autor, y otra por Natalis Guillot, y una observacion tomada de Henke (3). Señalaremos tambien entre las publicaciones recientes, una larga Memoria de Arning (4) sobre el *sclerema adultorum;* una observacion debida á Fœrster, y por la primera vez seguida de autopsia (5); una importante *revista crítica* de Ch. Lasegue (6), y algunos nuevos casos referidos por Villemin (7), Panas (8), Mauricio Raynaud (9), Fournier (10), Mirault (d'Angers) y Verneuil (11).

En fin, mencionaremos particularmente el trabajo de Paul Horteloup, que ha reunido todos los materiales relativos á la historia de la esclerodermia (12).

(1) Valleix, *Archives générales de médecine* (Bulletin, correspondance), 4.ª série, t. X, p. 355, Marzo 1846.

(2) E. Gillette, *Du sclérème simple (Arch. gén. de méd.*, 5.ª série, t. IV, 1854, página 657).

(3) Henke, observacion tomada de su *Handbuch zur Erkentniss und Heilung der kinderkrankheiten*. Frankfurtam, Mayo 1809 *Arch. gén. de méd.*, 1854, 5.ª série, tomo IV, p. 665).

(4) Arning, *Étude pour servir à l'histoire du sclerema adultorum (Beiträg zur Lehre vom Sclerema adultorum; Wurzburger medicinische Zeitschrift*, t. II, 1861).

(5) Fœrster, *De l'anatomie pathologique du sclérème de la peau chez les adultes (ibid.*, t. II, 1861).

(6) Ch. Lasègue, *Du sclérème des adultes (Arch. génér. de méd.*, 1861, t. II, página 721).—Hugo Fiedler, *Atrophie du tissu cellulaire et de la peau (Deutsche Klinik*, 1865, 34).—R. M. M'Donnel, *Cas de sclérème avec induration partielle de la peau (Dublin Hospital Gaz.*, Febrero 1855).—Nordt, *Sur le sclérème simple de la peau* (Disertacion inaugural, de Giessen y *Arch. für pathol. Anat.*, t. XXII, 1861).

(7) Villemin, citado por P. Horteloup, *De la sclérodermie*, tésis inaugural. Paris, 1865, p. 50.

(8) Panas, citado por P. Horteloup, p. 53.

(9) Mauricio Raynaud, citado por Horteloup, p. 112.

(10) A. Fournier, citado por P. Horteloup, p. 92.

(11) Mirault (d'Angers) y Veneuil, *Affection singulière et non décrite encore des doigts et des mains (Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 113).

(12) P. Horteloup, *De la sclérodermie*, tésis inaugural. Paris, 1865.—Véase tambien Charpentier, *Rapport*, sobre el trabajo precedente, leido en la *Sociedad médico-quirúrgica de Paris*, sesion de 11 de Enero 1866. *(Union médicale*, nouvelle série, tomo XXIX, p. 424).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Es imposible definir la enfermedad segun su naturaleza, y por otra parte en las observaciones que se han citado como ejemplos, no se hallan siempre las lesiones limitadas al solo tejido de la piel, ni aun al celular subyacente, de modo que es bastante difícil dar una definicion exacta. Sin embargo, como lo que principalmente ha aparecido de notable en todos los casos ha sido el endurecimiento del tegumento externo, se puede definir por ahora el esclerema: una enfermedad caracterizada por la dureza y la rigidez de la piel, con ó sin alteracion notable de las funciones de los demás órganos.

Resulta de las investigaciones bibliográficas del doctor Ravel, que esta enfermedad ha sido designada antes de ahora con los nombres de *stegnosis*, *cutis astrictio*, *constrictio*, *durities*, *spissitudo*, *scleremia*. En estos últimos tiempos se le ha denominado *esclerema de los adultos*, *esclerodermia*, *corionitis y esclerostenosis cutánea*. Creemos que se la puede aplicar exclusivamente el nombre de *esclerema*, que, como ya dejamos dicho, no puede pertenecer ya al edema de los recien nacidos.

Debe considerarse á esta enfermedad como *muy rara*, puesto que en el espacio de cinco ó seis años solo han podido observarse una docena de casos; pero el número de estos, por pequeño que sea, prueba que no es tan rara como se pudiera creer á primera vista, porque los hechos citados en 1845 han parecido tan nuevos que se los creyó enteramente excepcionales.

§ II.—Causas.

Las causas de esta enfermedad son sumamente oscuras, y el corto número de casos que conocemos presenta circunstancias demasiado variadas para que podamos llegar á obtener resultados satisfactorios. Hé aquí lo mas positivo que se deduce de estos hechos.

1.° *Causas predisponentes.—Edad.*—El mayor número de casos de esclerema se ha observado en los adultos, pero en estos ha variado mucho la edad, puesto que hallamos casos en sugetos desde quince á cuarenta y ocho años. Si se admitiesen como ejemplos incontestables de esclerema las observaciones de Pierquin, á quien cita el doctor Ravel (1), seria preciso prolongar este último extremo de la edad hasta setenta y dos años; pero la primera de estas observaciones carece completamente de detalles, y en la segunda hay una circunstancia particular que hace creer que no era una enfermedad semejante á la que han descrito Thirial y Forget, á saber: la movilidad de la lesion que se dirigia de una parte á otra y el prurito que la acompa-

(1) Ravel, *loc. cit.*, p. 185 y 186.

ñaba. Volveremos á ocuparnos de este punto al hacer la descripcion de los síntomas. De estos hechos se habia deducido primeramente que la enfermedad era propia de los adultos, y por ésto se la habia dado el nombre de esclerema de los adultos; pero Rilliet ha referido un caso de induracion de la piel en una niña de nueve años. En cuanto á la observacion de Rilliet y Barthez (1), que Ravel (2) quiere que se considere como un ejemplo de esclerema, no creemos que pueda aceptarse, pues era una simple hipertrofia del tejido celular sin induracion.

Sexo.—Es muy notable que esta enfermedad se ha presentado en las mujeres en la inmensa mayoría de casos; sin embargo, no se debe creer, como pudiera hacerse en estos últimos años, viendo que todos los casos se presentaban en el sexo femenino, que los hombres están completamente exentos de padecer esta enfermedad, pues el doctor Ravel ha citado algunas observaciones que prueban lo contrario, y entre otras una recogida por Strambio (3), que no deja duda acerca de la existencia de la afeccion; lo que sí hay de cierto es que aparece casi exclusivamente en las mujeres.

Entre las demás causas predisponentes hallamos mencionados en los hechos el *estado incompleto y difícil de la menstruacion*, un *trastorno cualquiera* de esta funcion, y el *habitar en sitios frios y húmedos*; pero los hechos en que se han notado estas circunstancias no son todavía bastante numerosos para permitirnos sentar reglas generales. En cuanto al *uso prolongado de alimentos de difícil digestion* y á las *afecciones morales tristes*, que han indicado los antiguos, y en particular, Lorry, son causas cuya accion seria necesario que estuviese comprobada por un número suficiente de hechos.

2.° *Causas ocasionales.*—Entre las causas ocasionales, volvemos á hallar tambien los *trastornos de la menstruacion*, y así en los tres hechos que cita Thirial, ha habido en uno *amenorrea*, en otro *supresion brusca de las reglas*, y finalmente, en el tercero las *evacuaciones* se han hecho *mas abundantes*. En una enferma que ha observado Cazenave, ha precedido á la afeccion una *supresion de los ménstruos* sin causa conocida. Es necesario que se multipliquen las observaciones acerca de este punto etiológico.

En muchos casos, ha aparecido la enfermedad sin que haya podido descubrirse una causa probable.

Nos contentaremos con hacer mencion de la *insolacion*, la accion del *frio prolongado*, el *cambio brusco de temperatura* y las *lociones astringentes*, causas que indican los autores que nos han precedido, pero cuya accion no han demostrado todavía bastante los hechos.

(1) Rilliet y Barthez, *Traité des maladies des enfans*, t. I, p. 739.
(2) Ravel, *lug. cit.*, p. 187.
(3) Strambio, Véase *Journ. gén. de méd. de Sédillot*, t. LXI, p. 234, Paris 1817, trad. por Ozanam.

§ III.—Síntomas.

En la descripcion de los síntomas se han admitido muchas variedades que conviene indicar. Respecto á la extension de la enfermedad, Alibert, citado por el doctor Ravel, distingue un *esclerema general*, y otro *esclerema parcial*; pero debemos advertir con este último autor, que Alibert consideraba sin razon al esclerema de los recien nacidos (edema) y al de los adultos como una misma enfermedad, y que en los casos bien auténticos que poseemos, nunca ha invadido el esclerema toda la superficie cutánea. Por consiguiente, esta distincion no tiene verdaderamente importancia, y lo que únicamente interesa saber es que, en ciertos casos, ocupa la enfermedad una gran parte del cuerpo, al paso que en otras está limitada á una pequeña extension, y particularmente al cuello y á las extremidades superiores.

Thirial, ha admitido dos variedades, segun la diferencia de color que presenta la piel, y son la variedad *blanca*, es decir, aquella en que no ha cambiado el color del tegumento ó solo presenta un grado mayor ó menor de palidez, y la variedad *parda*; en la cual la piel tiene un color oscuro y á veces negruzco, como el de las mómias. Segun el mismo Thirial, esta division solo tiene una importancia secundaria, puesto que la variedad blanca no es mas que el primer grado de la afeccion que tiende á pasar á la parda. No obstante, se ha observado en algunos casos, y principalmente en los que ha citado Strambio y Forget, aparece el color de la piel en una época, cuando menos, muy próxima á la invasion. De todo esto se deduce que bastará que hagamos mencion de estas particularidades en la descripcion en que vamos á entrar.

Invasion.—Resulta del exámen de los hechos que en el mayor número de los casos, empieza la enfermedad sin síntomas precursores, por la induracion del tejido cutáneo en un punto primero limitado, para invadir en seguida con mas ó menos rapidez las partes inmediatas. Solo en algunos casos raros preceden á la induracion algunos síntomas extraños, y así en el caso que refiere Strambio hubo una fiebre efímera seguida de una rubicundez eritematosa y de la induracion, y en una de las observaciones de Thirial precedieron al endurecimiento de la piel algunos desórdenes ligeros en el pecho y en el estómago.

Síntomas.—El síntoma casi único en esta enfermedad es la *induracion de las partes blandas superficiales, y principalmente de la piel*. Esta induracion *empieza* casi siempre *por la parte anterior del cuello*, invade en seguida los lados y la nuca, y se dirige muy pronto por una parte hácia las extremidades superiores y el pecho, y por otra hácia la cara y el cuero cabelludo; mas tarde puede invadir tambien el abdómen y los miembros inferiores. Pero debemos repetir

aquí que no hay un solo caso bien auténtico en que se haya estado endurecida toda la superficie del cuerpo. Por lo comun se detiene la induracion en el abdómen, á veces ocupa la parte superior y las extremidades inferiores, dejando libre una parte del tronco, y otras, á la vez que reside en el cuello y toda la cabeza, invade uno de los miembros superiores en una extension mucho mayor que al lado opuesto.

Unas veces la induracion *termina bruscamente* en una parte de la extension de las extremidades ó del tronco, de tal modo que hay un contraste muy notable entre la parte endurecida y la flexible inmediata á ella, y otras va cesando esta induracion *por grados* insensibles, como sucedia en una de las observaciones de Thirial.

Cuando se palpan las partes endurecidas, se halla una *resistencia* muy considerable y una dureza semejante á la de los cadáveres helados. Esta dureza es especialmente notable en las partes que gozan de mayor flexibilidad en el estado normal, y así es que los pechos llegan á adquirir una consistencia extraordinaria.

No es posible coger ningun pliegue de la piel en todas las partes endurecidas, ni hacerla deslizarse sobre los tejidos subyacentes, como tampoco levantarla ni pellizcarla.

A esta dureza de la piel acompaña una *tension*, una especie de *constriccion* que ha hecho que se diese á la enfermedad el nombre de *estegnosis*.

Otro fenómeno notable que resulta de esta rigidez y tension de la piel es *que se borran los pliegues naturales*. La piel se pone lisa y bruñida, y esto ha hecho que se comparasen los sugetos que presentaban al mismo tiempo una gran palidez, á estátuas de marfil pulimentado ó de cera, segun el grado de la decoloracion. En ninguna parte es tan notable esta desaparicion de los pliegues naturales como en la *cara*, y da á la fisonomía un aspecto de inmovilidad que choca á primera vista, y cuando los enfermos quieren sonreirse, hace la cara un gesto extraño.

Resulta tambien de este estado de induracion una *dificultad de los movimientos*; tanto mayor cuanto mas avanzada se halla la enfermedad; así les cuesta trabajo á los enfermos volver el cuello, mover las mandíbulas, cerrar los párpados, aproximar los labios que quedan entreabiertos, doblar los miembros, etc., y hasta en un caso se ha observado que los movimientos de ascension de la laringe se hallaban entorpecidos á consecuencia de la rigidez de los tejidos que la cubren.

Sin embargo, esta induracion no ocasiona *dolores* notables, puesto que en casi todos los casos se han quejado simplemente los enfermos de una incomodidad mas ó menos considerable, pero no de punzadas de ninguna especie, ni de ningun otro dolor espontáneo, que tampoco ocasiona la palpacion. Entre los hechos que tenemos á la vista solo hallamos un caso citado por Cazenave, en el cual habia un dolor bastante intenso en el brazo izquierdo, y que solo aparecia por

la noche. Pero hay que advertir que este dolor no existia en las demás partes invadidas por la induracion, y así todo induce á creer que en este caso excepcional habia una complicacion dependiente probablemente de una *nevralgia braquial intermitente*. En uno de los casos que refiere Pierquin, habla de un *prurito* que acompañaba á la induracion; pero ya hemos dicho que en este caso la enfermedad era movible, lo cual se separa completamente de los caractéres del esclerema, y todo induce á creer que era otra enfermedad, quizá una especie particular de urticaria. En una observacion de Hipócrates habia tambien *prurito*, y aun cuando refiere el hecho con muy pocos detalles, parece ser el diagnóstico menos dudoso. Sea como quiera, podemos decir que el esclerema no causa verdadero dolor.

En medio de todos estos desórdenes, es muy digno de notarse que la piel *no ha experimentado modificaciones muy notables en sus funciones*, y así conserva su color, lo cual forma un contraste con el aspecto cadavérico que presentan las partes, y que ha llamado la atencion de los observadores. Permanece igualmente la sensibilidad, y hasta se verifica todavía la traspiracion, aun cuando en algunos casos se efectúa con cierta dificultad.

El *color* de la piel puede ser natural, á lo menos durante un tiempo bastante largo, pero lo mas comun es que presente, ó la palidez de que ya hemos hecho mencion antes de ahora, ó por el contrario, un color que del rojo oscuro pasa con mas ó menos rapidez al pardo, y que en la observacion que ha recogido el profesor Forget *hacia que se asemejase la cabeza de la enferma á la de una mómia*. En este último caso, la *piel está como curtida* ó *se parece á un pergamino viejo y tirante*.

La coloracion, generalmente mas marcada en la cara, es amarilla agrisada, á veces bastante sucia. Se presenta bajo la forma de manchas, de dos órdenes. «Unas en placas extensas, rojizas ó moradas, que no cambian de aspecto á la presion y situadas por lo comun sobre las partes óseas; otras mucho mas pequeñas, mas rojas, desaparecen á la presion del dedo, y parecen producidas por dilataciones vasculares.

»Las placas de la primera categoría son con frecuencia asiento de ulceraciones de una fisonomía particular; son muy pequeñas, superficiales, y no producen supuracion bien manifiesta. La piel se pone húmeda, la epidermis se eleva, se desprende, y por fin se ulcera. Al cabo de cierto tiempo se suspende la secrecion serosa, se seca la parte, y la ulceracion se reemplaza por una superficie blanca, lisa y deprimida.

»Las manchas de la segunda categoría, por el contrario, pueden ponerse de un negro pronunciado y presentar el estado que Mauricio Raynaud ha descrito con el nombre de asfixia local (1).»

(1) Charpentier, *loc. cit.*, p. 426.

Hasta ahora solo hemos hablado de la induracion de las partes superficiales, pero *á veces puede ocupar tambien otras*, y así Thirial ha visto en un caso la *lengua endurecida*, hasta el punto de decir la enferma que le parecia tener en la boca un pedazo de madera, y naturalmente el movimiento de este órgano era muy difícil y se hallaba entorpecida la pronunciacion. En cuanto á la *induracion de los músculos* que indica Strambio, es dudoso que exista en realidad, y seria preciso para convencernos que este autor hubiese entrado en algunos detalles, respecto á la contraccion y prominencia de los músculos y tendones, cosa que no ha hecho. Es probable que la dificultad que opone al ejercicio de estos órganos la rigidez de las partes superficiales, haya motivado el error de Strambio. En el caso que refiere Cazenave, se dice que la induracion penetraba en los intersticios de los músculos; pero esto no se halla perfectamente probado. Un poco mas de dureza en ciertos puntos ha podido hacer creer en una induracion mas profunda, tanto mas cuanto que en este caso la induracion tenia en ciertos puntos la forma de estrías ó de placas aisladas, lo cual no sucede generalmente. Por último, Haller ha observado dos veces, que la induracion ocupaba todo el cuerpo en toda su profundidad.

Bastará añadir para completar el cuadro de esta enfermedad que *no se nota ninguna perturbacion en las funciones de los demás órganos*, y así *se conserva el apetito*, los enfermos *duermen bien* y *desempeñan perfectamente las funciones respiratorias y digestivas*, en una palabra, y no es esta una de las cosas menos notables de esta afeccion singular, sin la dureza del tegumento externo, y probablemente tambien del tejido celular subcutáneo, no existiria realmente el estado morboso.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es rápido en su principio, y mas tarde permanece estacionaria ó solo hace progresos lentos. Su *duracion* es ilimitada y no parece que tenga tendencia natural á la curacion; pero resulta de los hechos que conocemos, que en el mayor número de casos puede triunfar de ella el tratamiento. ¿Termina por la muerte? Solo sabemos que se haya observado esta terminacion en el caso que cita Hipócrates, y en el que ha referido Pierquin (1); pero este último es el mismo que hemos mencionado antes de ahora, y cuyo diagnóstico ofrece dudas, y en el de Hipócrates no hay seguridad de que el enfermo no haya sucumbido de una enfermedad incidental sin relacion *directa* con la induracion, de modo que no podemos responder á esta pregunta de un modo positivo.

(1) Véase Ravel, p. 186.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Resulta de lo que acabamos de decir que los datos que poseemos son completamente insuficientes, relativamente á las lesiones anatómicas. En el caso que cita Pierquin, se dice tan solo que el tejido celular está blanco, compacto y duro como si hubiese estado comprimido, y que algunos vasos linfáticos habian adquirido un volúmen mas considerable que en el estado sano.

En dos casos que cita Haller (1) vemos una induracion de todo el tejido celular, de la piel, de los nervios, en una palabra, de todas las partes blandas. Estos hechos parecen probar que la enfermedad, despues de haber invadido la piel, puede afectar todos los demás tejidos.

En el sugeto que Foërster pudo verificar la auptosia, «la piel no presentaba el mismo espesor en todas sus partes, pero la estructura era siempre la misma. La seccion de la piel era muy difícil y recordaba la sensacion de la suela; su rigidez era absoluta y su dureza comparable solo á la de la madera. En el punto de la seccion, el corion no se distinguia del tejido celular subcutáneo; se encontraba solo un tejido uniformemente blanco, liso, duro y lustroso; pero considerándole mejor, se observaban dos capas. Habia espesamiento, induracion del corion y del tejido celular comprendido en las areolas del dermis; no parecia presentar un desarrollo excesivo; por debajo del dermis, se encontraba el tejido celular trasformado en una capa resistente muy análoga al corion. Esta fusion, indicada por Foërster, entre el dermis y el tejido celular, existia tambien en un dedo disecado por Verneuil (2) en un enfermo observado por Follin (3).»

Auspitz, que ha demostrado tambien un hipertrofia del dermis y del tejido celular, al mismo tiempo que la existencia de gran número de fibras elásticas, y una disminucion notable de grasa, encontrándose el dermis y el espesor del cuerpo de Malpigio en las condiciones normales. Esta última capa presentaba, sin embargo, el mismo aspecto que en el negro, las partes mas profundas formaban un círculo negro alrededor de las papilas. Los núcleos de las células mas cercanas á ellos estaban rodeados de granulaciones pigmentarias moreno-oscuras, menos abundantes á medida que se examinaban las células mas superficiales (4).

«Foërster habia indicado que los capilares de la piel parecian escasos; Auspitz, llevando mas adelante el exámen microscópico, re-

(1) Haller, *Opera omnia minora*, t. III. Lausanne, 1768: *Opuscula pathologica*, observacion 62.
(2) Verneuil, *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 113.
(3) E. Follin, *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 66.
(4) Auspitz, *Journal de médecine de Vienne*, et *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 230, 1.° de Abril, 1864.

conoció que los troncos vasculares de la piel, en una altura correspondiente á la mitad del espesor del dermis, presentaban discos de pigmento pardos, que estaban en parte contenidos en las mismas paredes de los vasos, en parte acumulados en el tejido conjuntivo inmediato (1).»

Las papilas estaban normales y los capilares se dejaban penetrar completamente por una inyeccion muy fina. Las glándulas sebáceas y sudoríparas estaban completamente intactas; pero en el enfermo de Auspitz, la pigmentacion se prolongaba por el conducto sudorífero, en la túnica de los pelos y en el epitelio de las glándulas sebáceas; disposicion que explica la prolongacion misma del epitelio en estos diversos órganos.

En fin, Foerster ha observado que el tejido subcutáneo adherido fuertemente á los músculos, aponeurosis y tendones, no crian esas capas laxas que facilitan por su interposicion el deslizamiento de las diversas partes de los miembros; así es que todos los observadores han hecho constar la inmovilidad respectiva de la piel y de las partes profundas de los miembros.

La esclerodermia puede acompañarse de otras lesiones que las que hemos referido; al nivel de los dedos, en particular, «en que la piel por su espesor comparado con el volúmen entero del apéndice que recubre por sus adherencias, destinadas á facilitar los movimientos, forma una de las partes mas importantes del órgano.» La dificultad persistente de los movimientos de los dedos, indicada por algunos observadores, se explica suficientemente por las lesiones encontradas por Verneuil. Los ligamentos articulares periféricos estaban rígidos, inextensibles, y las bridas célulo-fibrosas cortas y fuertes, extendidas de una superficie articular á otra, establecian una falsa anquilosis. Las bolsas sinoviales estaban marchitas, los tendones y los anillos fibrosos habian perdido el aspecto brillante que les caracteriza.

La naturaleza de la esclerodermia se ha interpretado diversamente. Forget (de Strasbourg) admitia la inflamacion crónica del dermis. Segun Rilliet, existe una induracion del dermis y del panículo grasoso, resultado, sea de la coagulacion de la grasa, sea de un estado congestivo de este tejido, con engruesamiento de los tabiques que separan los lóbulos. Gintrac deduce la existencia de una modificacion especial del dermis, que no es inflamacion, ni alteracion profunda de la textura cutánea. Solo el título dado por Hugo Fielder á la observacion que publicó, prueba que, en su opinion, la esclerodermia consiste en una atrofia del tejido celular subcutáneo, que se hace compacto por la formacion de mallas fibrosas. Segun Auspitz, hay una hipertrofia considerable del tejido conjuntivo, que produce un éxtasis sanguíneo en los vasos del dermis. Despues de estas diversas interpretaciones sobre la naturaleza de la esclerodermia, nos queda por indicar

(1) P. Horteloup, *loc. cit.*, p. 81.

lo que ha propuesto recientemente P. Horteloup. «En el hombre, dice, se encuentran en la piel fibras laminosas, fibras elásticas y otro elemento esencialmente contractil, la fibra-célula. Este último elemento entra en la composicion del dermis y en la estructura de las arterias y de las venas, y en mayor cantidad en los vasos de mayor calibre que en los demás. Estas fibras determinan la contraccion de los capilares, y si contrayéndose disminuyen el calibre de las vasos, puede impedir la circulacion de la sangre, admitiremos que en el dermis puede contraerse hasta producir una verdadera retraccion. Esta es la contraccion de las fibras que determina la facies hipocrática, y la rigidez cadavérica. Este último fenómeno se presenta rápidamente en los sugetos cuya enfermedad ha agotado las fuerzas, y producido caquexias; pues esto es lo que se encuentra en la esclerodermia, y si persiste tanto tiempo, mientras que es transitoria en la rigidez cadavérica, es porque en el hombre muerto la fuerza productiva del fenómeno desaparece, mientras que en el vivo puede por su presencia obligar á la piel á permanecer en su contraccion espasmódica.» Esta misma fuerza, que reside en el elemento nervioso, dará cuenta de las manchas que se observan en la esclerodermia. «Las que no cambian de color á la presion del dedo, son debidas á un depósito de granulaciones pigmentarias. Las otras se forman como las manchas lívidas de la asfixia local. Al principio del espasmo nervioso, la red capilar de la piel entra en contraccion; pero si el espasmo disminuye las porciones capilares pueden entrar en un período de reaccion, y la circulacion sin obstáculos sigue su curso regular; la sangre podrá quedar estacionaria y producir manchas mas ó menos rojas ó moradas, segun que la sangre sea puramente venosa ó mezclada.»

P. Horteloup cree además, que para explicar la persistencia de la esclerodermia es menester admitir que al cabo de cierto tiempo de contractura del dermis, se produce en las fibras condensadas un trabajo de aglutinacion que las impide volver á su condicion primitiva, y es la causa de una verdadera alteracion material de la piel.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* no ofrece verdadera dificultad, y por consiguiente es inútil entrar en grandes detalles. Solo queremos recordar que el esclerema es una enfermedad diferente de la afeccion de los recien nacidos, á la que se ha dado sin razon el mismo nombre, y que hemos descrito con el de *edema de los recien nacidos*. Nos bastará para esto reproducir lo que decia en 1846, con motivo de la primera publicacion de Thirial (1):

«Segun este apreciable colega, se habria equivocado sosteniendo

(1) Thirial, *Archives gén. de méd. (Bulletin, corresp.)*, 4.ª série, t. X, p. 365, Marzo 1846.

con Billard, y por medio de hechos particulares mas esplícitos que los de este autor, que la enfermedad que nuestros antecesores designaron con el nombre de esclerema presenta dos lesiones muy distintas, que no tienen ninguna relacion la una con la otra, y que por consiguiente deben separarse bien en el cuadro nosológico. En efecto, para mí existe por una parte una enfermedad caracterizada esencialmente por el edema, y por otra una alteracion del tejido adiposo, que se observa á veces en los niños que están en la agonía, cualquiera que sea su enfermedad, y con mucha mas frecuencia en los cadáveres, pues esta alteracion no aparece hasta despues de la muerte.

»Thirial cita dos hechos para sostener su opinion. El primero se refiere á un recien nacido que en la clínica de Trousseau ha presentado el endurecimiento adiposo dos dias antes de morir. Pues bien, este hecho me parece que solo prueba una cosa, y es que esta lesion anatómica puede presentarse algun tiempo antes de la terminacion fatal de lo que generalmente se cree, á pesar de haberse observado ya un corto número de hechos del mismo género.

»El segundo pertenece á un adulto que ha presentado una induracion de las partes blandas, caso enteramente excepcional, y en el que no se halla enteramente ninguna semejanza con lo que se observa en los casos de edema de los recien nacidos. En efecto, en este caso hallamos una palidez suma, y los recien nacidos que padecen edema tienen un color rojo de heces de vino durante una gran parte de la enfermedad, y solo al fin se ponen pálidos. En la jóven que ha observado Thirial, la afeccion ha invadido primero el cuello, y la de los recien nacidos empieza por un edema de los pies, como todos los edemas generales. Pudiera señalar otras diferencias, pero prefiero sacar algunas razones convincentes del edema de los recien nacidos.

»Thirial quiere que esta enfermedad sea una induracion de la piel, que esta induracion de la piel sea el punto de partida de la afeccion, y que todas las demás alteraciones, lo mismo que los síntomas que les corresponden, sean solo sus consecuencias. Si así fuese, apareceria primero esta induracion de la piel, luego lo difícil de la respiracion y de la circulacion, y por último el edema, que, segun Thirial, no es mas que una complicacion. Pues para esto hay una experiencia muy fácil de hacer, y es observar un niño enfermo durante todo el curso de la afeccion, y así verá Thirial que en mas de la mitad de la enfermedad no hay la menor lesion de la piel, y que este tegumento está en todo el cuerpo muy flexible y sumamente colorado, que se deja levantar; se desliza sobre las partes subyacentes, y en una palabrá, que no hay nada que se parezca á endurecimiento adiposo; que los niños que padecen muguet, pulmonía, etc., presentan á veces en sus últimos momentos lo mismo que cuando están afectados de edema. En los piés, en las manos y quizá en las piernas, la piel está mas tirante, y por consiguiente es mas difícil hacerla des-

lizar sobre los tejidos subyacentes; pero es bastante fácil asegurarse de que esta tension depende del edema, pues basta para ello una simple inspeccion. Además, y esta observacion es capital, se hallarán despues de la muerte cierto número de partes enteramente libres de todo endurecimiento adiposo en los casos en que haya aparecido este endurecimiento como último fenómeno.»

En cuanto á la *naturaleza de la enfermedad*, no pueden hacerse mas que suposiciones. El profesor Forget, que le ha dado el nombre de *chorionitis*, se ha inclinado primero á considerarla como una inflamacion de la piel, pero solo con reserva ha emitido esta opinion, que no admiten los demás autores. Por consiguiente no insistiremos mas en esta cuestion, hasta ahora irresoluble.

Pronóstico.—Segun lo que dejamos dicho, la enfermedad es mucho menos grave de lo que pudiera creerse en vista de los síntomas y de la extension, por lo comun considerable de la induracion. Suponiendo que los casos citados por Haller sean de la misma naturaleza que los que han servido para hacer la descripcion anterior, se puede admitir que la enfermedad adquiere un grado muy alto de gravedad cuando invade los órganos profundos, cuyo ejercicio debe estorbar naturalmente.

§ VII.—Tratamiento.

Apenas se han usado las *emisiones sanguíneas*, pues aun cuando en uno de los casos que cita Pierquin se ha aplicado un gran número de *sanguijuelas* (295 en treinta dias), ya hemos dicho antes de ahora que no está perfectamente demostrado que hubiese existido en este caso la enfermedad especial que nos ocupa. Mas rara vez aun se ha recurrido á la *sangría general;* pero al enfermo que observó Strambio se le sangró al principio de su afeccion, mas sin resultado.

Naturalmente se ha recurrido á los *sudoríficos*, que en general no han obtenido grandes ventajas. El doctor Cazenave, despues de haberlos empleado inútilmente, lo mismo que las *fumigaciones* con el *vapor de vinagre*, recurrió á las *fumigaciones sulfurosas*, y administró ciento veinte de estas consecutivamente, á beneficio de las cuales no tardó en volver la menstruacion suprimida; se restableció por fin completamente, y el alivio siguió los progresos de su reaparicion.

Tambien se ha hecho uso de los *baños de vapor*, así como de los *baños simples* y las *fricciones* y *unturas emolientes*, los *narcóticos*, los *fomentos*, y en general todo lo que tiende á suavizar la piel; pero los hechos prueban que estos medios son enteramente secundarios y que solo sirven como ayudantes.

Preparaciones mercuriales.—En el mayor número de casos se ha recurrido á las preparaciones mercuriales tanto interior como exteriormente, y en algunos casos han obtenido un éxito completamente

feliz, por ejemplo, en el hecho que refiere Strambio. Despues de un tratamiento en que el uso del *quermes* y las *fricciones con enjundia de gallina* solo habian logrado un alivio ligero, se han dado los *calomelanos* á la dósis de 60 centígramos, hasta gramo y medio y aun 2 gramos en las veinticuatro horas; pronto apareció una erupcion general de *eczema hidrargírico* que Strambio tomó por una crísis, y el enfermo curó completamente. Por el contrario, en otros casos parece que el mercurio ha agravado la enfermedad, y así se debe usar este medicamento con precaucion y vigilar atentamente sus efectos.

Emenagogos.—Ya hemos dicho que la afeccion se presentaba á veces despues de la supresion de las reglas ó de una disminucion considerable de este flujo periódico, y que además en estos mismos casos coincidia el alivio con su reaparicion. Así, pues, se hallan formalmente indicados los emenagogos; pero no entraremos ahora en detalles respecto á su administracion, porque nada más pudiéramos decir que lo que acerca de este punto hemos manifestado al hablar de la *amenorrea* y de la *dismenorrea*. (Véanse los artículos correspondientes á estas enfermedades.)

Parece que los *purgantes* y los *diuréticos* han producido tambien buenos efectos en ciertos casos; pero basta esta indicacion, pues no son todavía suficientes las investigaciones respecto á este punto. Lo mismo decimos de la *medicacion alcalina*.

En una enferma afecta de esclerodermia muy pronunciada, con ulceraciones muy superficiales en los miembros superiores, la lengua no podia hacerse salir fuera de la boca, y la misma mucosa estaba indurada. Era por lo tanto necesario colocar directamente en la boca el poco alimento que el infeliz podia tomar. En estas condiciones, á la que se unia un extreñimiento pertinaz y dispepsia, Heusinger (de Marbourg) hizo cubrir las superficies ulceradas con una mezcla de brea y de glicerina, espolvoreándolas con almidon. Los puntos que la piel solo estaba indurada se untaron con glicerina. La enferma tomó todos los dias una pequeña dósis de opio y de quinina, que se aumentó gradualmente, sin pasar nunca de la dósis de 25 centígramos de quinina y 6 centígramos de opio al dia.

Ocho dias despues de comenzado el plan curativo, reapareció el apetito, y la movilidad, las evacuaciones neutrales se regularizaron, y la lengua perdió su dureza.

Poco á poco desapareció la induracion de los tegumentos, se restableció la movilidad, y un mes despues todas las partes ulceradas estaban cubiertas de su epidermis. Solo despues de algunos meses de tratamiento, la induracion de la piel, de los antebrazos y de las manos se resolvió, restableciéndose el uso de los dedos.

Un año despues, Heusinger volvió á ver á la enferma, y asegura que habian desaparecido todos los indicios de esclerodermia (1).

(1) Heusinger, *Du traitement du sclérème des adultes (Gaz. des hôpitaux* 14 Abril 1866, n.° 44, p. 174).

[illegible] FRAMBOESIA

[illegible] enfermedad que se conoce en America con el nombre [illegible] [illegible] con el de [illegible], ha sido descrita por [illegible] [illegible] Es una afeccion [illegible] [illegible] en las Indias occidentales [illegible] [illegible]

[illegible]

media del pecho. Biett ha visto muchos ocupando el cuello y los lados del tórax en un jóven. La forma del queloides varía: puede ser oval, cilíndrica, prolongada, angulosa; es lustroso y cubierto de un dermis delgado y ligeramente arrugado, que, como hace observar Cazenave, le da el aspecto de una cicatriz de una quemadura de tercer grado. Rara vez es asiento de dolor. No tiene ninguna influencia en la salud.

Es mas frecuente en la edad adulta y en las mujeres. Su duracion puede ser larga, y á veces indefinida. Hasta el presente, la terapéutica es impotente para curarle; se aconsejan las *fricciones ioduradas* y las *duchas de vapor* (1).

10.° MOLLUSCUM.

La denominacion de *molluscum* se ha aplicado á ciertas formas de *acné* ó á tumores diversos, en los que un exámen ulterior ha hecho reconocer los caractéres de los *cánceres* múltiples de la piel (2). De un modo general se conocen con este nombre especies diferentes, agrupando tumores cuyos caractéres les son comunes: indolencia, consistencia blanda; volúmen variable y á veces considerable; larga duracion, si no es permanente; incurabilidad casi absoluta..

Estos caractéres generales tomados de la clínica, permiten considerar como *especies* de molluscum ciertos tumores de la piel que no parecen hasta ahora presentar ninguna tendencia á la curacion, permaneciendo comunmente estacionarios, y aun adquiriendo á veces proporciones enormes, merecen ser descritos fuera de las afecciones cutáneas, á las que se parecen mas desde su aparicion.

Sin embargo, si bajo este punto de vista, semejantes afecciones cutáneas se han separado del género *acné*, y reunidas bajo la denominacion de *molluscum*, es menester reconocer que ni el *acné miliar* (3),

(1) No añadiremos nada á esta corta indicacion sobre los queloides, que unas veces se desarrolla espontáneamente *(queloides espontáneos)*, y otras son el resultado de la hipertrofia fibrosa del tejido de ciertas cicatrices *(queloides cicatriciales)*. Solo recordaremos que, para Bazin *Leçons sur les affections cutanées artificielles, les diathèses, etc.* Paris, 1862, p. 280 y 364). El queloides espontáneo es una manifestacion de la *diátesis fibro-plástica*.

Si nos abstenemos de mas detalles, es porque el lector encontrará muy bien descrita la afeccion que nos ocupa en la mayoría de los Tratados de patología externa. Se deberá consultar especialmente el *Tratado de patología externa* de Follin (tomo I, p. 510, y t. II, 1.ª parte, p. 59); la mayor parte de los Tratados de las enfermedades de la piel y una lesion de Hardy *(De la cheloide*, leccion publicada por Roques, en la *Gazette des hôpitaux*, 1865, n.° 78).

(2) P. Broca, citado por Verneuil, *Mémoires de la Société de biologie*, 2.ª série, tomo I, p. 177, año 1854.

(3) *Molluscum granuleux*.

ni el *varioliforme* (1), ni el *estedrico* (2), ni el *elefantiásico* (3), no reunen los caractéres generales propios del *molluscum*. Veremos además mas adelante cuál es la estructura compleja de este último, y lo que difiere de las formas del acné á que se ha querido referir, formas en las que uno solo de los elementos de la piel, glándula sebácea ó folículo piloso, presenta alteraciones anatómicas.

En cuanto al *molluscum de Amboina*, además de su carácter endémico en esta poblacion principal de las islas Molucas (4), además del modo de desarrollarse por contagio: del que parece susceptible, las descripciones que hasta aquí nos la han dado á conocer, hacen que no se le confundan con el verdadero molluscum. En efecto, aun admitiendo con Gibert (5), aunque sea considerable como una manifestacion cutánea de la sífilis particular de los paises exóticos (6), es menester reconocer bien que se separa de los caractéres generales del verdadero molluscum, únicamente porque es susceptible de curacion. Así, esperando á que nos vengan datos mas precisos sobre este singular estado patológico, nos parece conveniente no confundirlo con una enfermedad de la piel que comenzamos á conocer mejor. Además, segun la opinion de los médicos que le han observado en el mismo pais, el *molluscum de Amboyna* parece constituir una especie aparte, propia del clima, y podria, hasta que se tuviese de él mas ámplio conocimiento, darle solo el nombre de *mal de Amboyna* ó *mal de las Molucas*.

Dadas todas estas nociones, no nos parece posible la confusion, y esperamos de la presentacion de nuevos detalles que expondremos del verdadero molluscum, esta conclusion, que ni en sus caractéres sintomáticos, ni en su curso, ni desarrollo, ni en las consecuencias funestas que pueden resultar, ni en su estructura anatómica, no se parece á los otros tumores de la piel con frecuencia unidos con este mismo nombre (7).

(1) *Molluscum contagiosum* (Bateman).
(2) *Molluscum athéromateux* (Bateman).
(3) *Molluscum stéarique* (Bazin) verdadera *lupia de la piel; hipertrofia de las glándulas sebáceas* (Follin).
(4) La etimología de la palabra *molluscum* es muy dudosa. Algunos autores ven solo el nombre *latinizado* de las islas Molucas; y otros ven la expresion de la comparacion, sea con el tubérculo del arce (Bazin y algunos otros autores), ó con ciertas verrugas susceptibles de reblandecerse.
(5) C. M. Gibert, *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*. Paris, 1860, t. I, p. 555.
(6) Como la *radezyge* de Noruége y el *pian* de América. Véase con este objeto, Delioux de Savignac, *De la spedalsked et de la radezyge (Archiv. gén. de méd.*. 1857, tomo II, p. 385).
(7) A. Devergie cree tambien que es menester conservar el nombre de *molluscum* á la deformidad que describimos aquí. (*Traité pratique des maladies de la peau*, 3.ª edic. Paris, 1863, p. 681.)

§ I.—Descripcion clínica.

En la mayor parte de los casos, cuando se presentan á la observacion, la superficie cutánea es asiento de un número mas ó menos considerable de pequeños tumores. Estos son, en general, muy desiguales con relacion á su volúmen, que lo mas general varían desde el de un guisante al de una nuez. En un enfermo cuya observacion contiene los principales caractéres del molluscum en sus diversos períodos de evolucion (1), el mayor número de los tumores tenian el volúmen de un pequeño guisante; otros eran mas voluminosos, y algunos desarrollados en la region lumbar presentaban las dimensiones de granos regulares de uva, y aun de las *pequeñas vejigas de colores* del comercio. Los tumores que presentaban estas proporciones eran al mismo tiempo desiguales y como blandos en su parte superior, mientras que en la porcion profunda resistia á la presion de los dedos. Esta presion no provocaba ningun dolor, y cuando se ejercia en particular sobre la parte mas blanda, parecia que se frotaba entre los dedos un grano de uva vacío de su contenido. La mayoría de los otros tumores, mas pequeños, eran mas resistentes, un poco elásticos, y no presentaban ninguna porcion reblandecida. Aunque sana en apariencia, la piel en que se elevan los tumores estaba muy cargada de pigmento, y alrededor de cada uno de ellos ó de los grupos se presentaba con un tinte particular de las pecas (2). Si se comprimia ligeramente la piel entre los dedos, para explorar las modificaciones que se hubieran producido en su consistencia, se encontraban muchos puntos de nudosidades, produciendo una sensacion análoga á la que producirian los tumores mas pequeños que hacen elevacion en el tegumento. La coloracion de estos es variable en los diferentes puntos en que se sitúan; los mas pequeños eran de un blanco amarillento, y á medida que aumentaban de volúmen variaba su coloracion; casi todos habian alcanzado el tamaño de una bola de juego (3), y presentaban el color del ágata; no eran ni trasparentes, ni fluctuantes en ningun punto. No se percibia ningun vaso en el exterior; sin embargo, cuando el enfermo hacia algúnos movimientos, y sobre todo cuando permanecia de pié mucho tiempo ó andaba, tomaban los situados en el miembro inferior una coloracion casi negra que la presion hacia pronto desaparecer. La actividad circulatoria, unida á la época menstrual, no producia alteracion en los tumores. Sin embargo, su vascularidad propia parecia algo aumentada, pues

(1) Observacion recogida en el hospital de San Luis por O. Larcher en la visita de Hillairet (año 1865).

(2) Sin embargo, no existia en todos los puntos el tinte oscuro de la piel que rodeaba á los tumores, siendo mas notables en la cara, brazos y antebrazos.

(3) Especialmente los situados al nivel de la rodilla derecha, en la cadera del mismo lado y en la parte posterior de la piel de la cabeza.

[illegible] cab[illegible]
[illegible] mente, par[illegible]
[illegible] tejido c[illegible]

[illegible] anterior es [illegible] pueda [illegible] mayoría de [illegible] vez formado [illegible] y toma [illegible] tumores [illegible] con rapidez [illegible] lisa que en [illegible] y pasu[illegible] queda [illegible] y su embar[illegible] depende de [illegible] en todos [illegible] de nueva forma[illegible] las demas capas [illegible] parte central. El tumor, pues, pre[illegible] crecimiento excentri[illegible] la piel que se aparta de la periferia no [illegible] á no ser la que se coloca en la parte supe[illegible] del tumor. En este punto presenta el tegumento una notable [illegible] desde que se eleva el tumor hasta que la masa que le forma [illegible] que le arrastra hácia abajo. Por la influencia de [illegible] la masa se pedicula y el pedículo es extenso en longi[illegible] por lo comun de modo que no constituye siempre un [illegible] si se rechaza el tumor hácia la region [illegible] como entonces un considerable es[illegible] de un lado á otro, no pueden en[illegible] de los tegumentos, como sucede en al[illegible] (2).»

[illegible] del tumor es muy lento durante el primer tiempo, [illegible] cuando el tejido morboso está muy [illegible] y cuando la hipertrofia se ha generalizado en todo su [illegible]

[illegible] han tomado proporciones que [illegible] al enfermo, nótese el mismo que este tumor ha [illegible] los que le rodean, siendo estos por lo comun en nú[illegible] considerable. Las enormes dimensiones del tumor principal resaltan del volumen de los que le rodean, en un caso de este género

(1) Esto se hizo por medio de una tijera.
(2) En su caso referido por Hecker (de Fribourg), llegaba hasta 38 libras.
(3) Samuel Chèdevergne, *Du molluscum éléphantiasique* (*Gazette des hôpitaux*, 21 Febrero 1865).

observado en la clínica de Nélaton el tumor medía 15 centímetros desde los tegumentos de un lado á los del opuesto (1). Otro molluscum observado por R. Virchow, medía 48 pulgadas de circunferencia (2).»

Por lo comun estos tumores se desarrollan durante mucho tiempo á la manera de los lipomas, sin provocar ninguna reaccion. Sin embargo, en cierta época, cuando sus proporciones se han hecho algo considerables, «se observa de un modo periódico cada mes ó cada cinco ó seis semanas ponerse tumefacta la masa, hacerse blanda, pastosa, en una palabra, ser asiento en todas sus partes de una congestion considerable. El enfermo presenta fiebre, náuseas, vómitos biliosos y diarrea. La piel se pone caliente, el pulso se eleva á 110 ó 120 pulsaciones por minuto; las funciones digestivas se ejecutan con dificultad y la respiracion se altera. Todos estos fenómenos duran por lo comun de cinco á ocho dias, despues se establece en la superficie del tumor una exhalacion serosa abundante, la epidermis se desprende como por escamas, y bajo la influencia de esta especie de crísis, la fluxion cesa, la rubicundez se disipa, la pastosidad disminuye y la tumefaccion se reduce, sin desaparecer por completo. El tumor adquiere su consistencia ordinaria, conservando un volúmen mas considerable que el que tenia antes de la congestion periódica. Al fin de esta manifestacion fluxionaria y de las secreciones abundantes que la acompañan, la enferma, extenuada por las repetidas pérdidas que sufre, cae en una postracion, de la que no se recupera sino despues de algunos dias, pero su repeticion viene á gastar por completo su resistencia determinando una debilidad de la que no se repone. Así la economía pierde sus fuerzas y el choque que debe rechazar se hace cada vez mas poderoso.

»La exhalacion serosa era muy abundante en el enfermo de Nélaton, y aunque no pudo calcularse con exactitud la cantidad del líquido segregado, era lo suficiente para mantener mojados los paños que rodeaban el tumor y las sábanas de su cama, mientras duraba el período congestivo. En un enfermo observado por Hecker (de Fribourg), la cantidad de la secrecion podia calcularse en algunas copas al dia (3).

»El producto de la secrecion es notable por su olor fétido, nauseabundo (exageracion del olor natural del cuerpo), que persistia aun en la superficie del tumor, aunque en menor grado aun despues de pasada la crísis (4).»

(1) Observacion publicada por S. Chédevergne, *loc. cit.*, p. 65.

(2) R. Virchow, *Die Krankhaften Geschwülste*, p. 325, t. I, 1863.—Observacion traducida y comunicada por V. Cornil á S. Chédevergne, *loc. cit.*, p. 87).

(3) Hecker (de Fribourg), *Die Elephantiasis oder Lepra arabica* (Extracto del *Annuaire de Constatt*, 1858, t. III, p. 301).—Observacion traducida al francés por Fritz, y publicada por S. Chédevergue (*loc. cit.*, p. 87).

(4) S. Chédevergne, *loc. cit.*, p. 87.

Independientemente de los fenómenos de que hemos hablado, los tumores que llegan á adquirir gran desarrollo pueden dificultar los movimientos, la progresion, y aun toda clase de trabajo. El enfermo de Nélaton estaba reducido á permanecer en la posicion horizontal, el peso del tumor (12 kilógramos y medio) y la resistencia hecha para sostenerle determinó modificaciones en el esqueleto, determinando curvadúras anormales en la region y en la columna vertebral. De aquí resultaron despues de algun tiempo dificultades en las funciones de algunos órganos, alteraciones de la respiracion y de la circulacion, y la vida parecia tan puesta en peligro, que en ausencia de medios medicinales para producir alivio fué inminente la necesidad de recurrir á la operacion.

No es frecuente que los tumores de esta índole alcanzan tumores de estas dimensiones, lo mas frecuente es que su tamaño no exceda del de un guisante á un huevo de pichon, ó de una manzana pequeña. En el enfermo de Hillairet, la aparicion de los primeros tumores pequeños se remontaba á la época de doce años, y tenian el tamaño de una lenteja cuando el enfermo se apercibió de ellos, y los que desde esta época habian alcanzado mayor volúmen, no sobrepasaban del de una vejiga de color al óleo, lo que permitia apreciar su desarrollo en un tiempo muy considerable. Ningun tumor habia disminuido de volúmen. (O. Larcher.)

En los casos que el volúmen llegó á ser muy considerable, necesitaron diez y seis (1), ó por lo menos diez años (2), para que el molluscum alcanzara grandes proporciones. Estaban cruzados por venas voluminosas que se dibujaban en la superficie; existia á la par una red muy rica de capilares, y él presentaba una coloracion rosada, mas ó menos marcada en ciertos momentos. En el enfermo cuya historia ha publicado S. Chédevergne, la aplicacion del dedo sobre el tumor producia una depresion blanca al nivel del punto comprimido. La temperatura local era normal; pero la piel presentaba anestesia y estaba insensible á diversos excitantes, como el calor, el frio, etc. (3).

§ II.—Anatomía y fisiología patológicas.

I.—Cuando para estudiar la estructura de un pequeño molluscum (*molluscum pendulum*, de los autores), se incinde, se ve que está constituido por una cubierta fibrosa, encerrando una masa carnosa. En cuanto á la naturaleza de la masa, son varias las opiniones. Se ha considerado como una *hipertrofia de los folículos sebáceos*, á causa sobre todo de una depresion observada en algunos pequeños

(1) Enfermo observado en la Clínica de Nélaton.
(2) Enfermo observado en la visita de Denonvilliers (S. Chédevergne, *Gazette des hôpitaux*, 1864. p. 87).
(3) S. Chédevergne, *loc. cit.*, p. 66.

tumores, y que se ha creido ser el orificio del conducto escretor del folículo (1). Otra razon que puede apoyar esta opinion es, que en ciertos casos el molluscum parece producirse sobre el acné varioliforme; la materia sebácea, segun Bazin, se acumula en el interior de un folículo, le dilata y se fragua salida, resultando un saco de paredes arrugadas que se pliegan sobre sí mismas; pero «*lo mas comun es que la afeccion primitiva se desarrolle fuera del folículo sebáceo, y á espensas de las areolas dérmicas*,» el exámen de algunas de estas excrecencias observadas en una mujer que las presentaba en gran número ha hecho ver *que todos los elementos de la piel, por lo demás completamente sana, entran en su composicion*. Bazin ha visto además aparecer en la superficie de la seccion un peloton adiposo perteneciente al tejido celular subcutáneo (2).

Algunos años antes que Bazin publicara el resultado de sus investigaciones, Verneuil (3) habia estudiado la estructura del molluscum. La simple diseccion le permitió desde luego reconocer que los tumores que le habia remitido Berthold (4), habian invadido todo el espesor del dermis, pero sin pasar los límites del tejido celular subcutáneo. Pudo tambien adquirir la conviccion de que el tejido patológico se desarrolló primitivamente en el espesor del mismo dermis, pues encontró pequeños *depósitos* que presentaban todos los caractéres de los tumores que se elevaban en la piel. Estos depósitos eran redondeados ó lenticulares, se distinguian con claridad por su color rojo, la trama fibrosa del dermis estaba blanca; por la parte del tegumento estaban cubiertos por la epidermis, la capa papilar y una lámina del dermis. En los tumores mas voluminosos las capas superficiales de la piel estaban muy distendidas y adelgazadas; la epidermis manifiesta estaba como forrada por una capa delgada de tejido fibroso que se confundia con el que cubria el mismo tumor, y en el que no podian distinguirse ni papilas, ni el mismo tejido del dermis. Ninguno de los tumores pequeños ni gruesos estaba enquistado; todos, por el contrario, se adherian fuertemente á los tejidos inmediatos, á la cara profunda de la piel subyacente, y no podian de ningun modo enuclearse. Su consistencia era blanda y un poco esponjosa, sin embargo, uno de ellos, ulcerado en la superficie, era mas duro al tacto. Cortes practicados en diversos sentidos manifestaron en el tejido morboso una coloracion roja intensa que recordaba el aspecto de la pulpa de algunas cerezas poco coloradas. La superficie dividida, examinada con una lente,

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 2.ª parte. Paris, 1863, p. 14.

(2) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées artificielles, les difformités de la peau*, etc. Paris, 1862, p. 445 y 446.

(3) Verneuil, *Note sur la structure du molluscum, avec quelques remarques sur les productions homœomorphes (Mémoires de la Société de biologie*, 2.ª série, t. I, año 1854, p. 177).

(4) Toda la superficie de la piel estaba sembrada de producciones de igual naturaleza. La autopsia ejecutada con esmero no descubrió ninguno ni en las vísceras, ni en ningun órgano profundo.

presentaba una red vascular muy rica y fina, numerosos tabiques fibrosos entrecruzados en todos sentidos, y algunos desde el centro de la base parecian irradiarse en forma de abanico hácia la parte del dermis subyacente.

La trama de las producciones examinadas por Verneuil, estaba penetrada de líquido en variable cantidad, un poco viscoso, oscuro ligeramente y teñido de rosa claro por su mezcla con glóbulos sanguíneos salidos de los capilares simultáneamente divididos. Este jugo se aleja del propiamente canceroso, y se aproxima al que se obtiene cortando un gánglio linfático hipertrofiado. Se mezclaba con el agua, á la que comunicaba un tinte ligeramente opalino.

Por el microscopio se manifestaba en el tejido morboso un desarrollo vascular muy considerable; los vasos capilares formaban una red muy fina, de mallas muy irregulares y apretadas. Los conductos sanguíneos estaban llenos á trechos con glóbulos sanguíneos y como varicosos en muchos puntos, no estaban dispuestos en hacer paralelas como en las papilas hipertrofiadas. Los vasos se mezclaban con la red cruzada de las fibras del dermis, dispuestas en manojos que interceptaban los espacios areolares. Ni nervios, ni folículos pilosos, ni glándulas sudoríparas ó sebáceas se pudieron descubrir.

Los elementos mencionados estaban contenidos en una ganga fina granulada, que llenaba con la materia líquida todos los intersticios célulo-vasculares.

Los elementos particulares, muy importantes en número, se contenian en el jugo que impregnaba la trama, y se presentaban bajo la forma de núcleos libres y de células, estando estas menos abundantes y repartidas que las primeras.

Los diversos elementos que hemos descrito, se encontraban en menor número y mas intimamente combinados con la trama, en los tumores incipientes ó intra-dérmicos.

Relativamente al valor de los núcleos redondos observados por Verneuil, Lebert que ya en un estudio anatómico detallado del molluscum, habia encontrado una estructura casi idéntica con la que hemos expuesto, cree que debia considerarse como elementos particulares. Despues de los trabajos de Ch. Robin (1) sobre los *[illegible]* (de núcleo, célula, masa, cuerpo y [illegible] produccion), la identidad entre estos y las células y núcleos encontrados por Verneuil y Lebert se ha establecido definitivamente; y como en el molluscum, á los [illegible] estan en estado de pureza ni los vasos, ni las fibras del dermis, ni aun los paquetes fibro-plásticos, son propios á caracterizarlo, se puede deducir que el *molluscum simple [illegible]* para la anatomía patológica *en una produccion muy [illegible] de [illegible], con predominancia muy marcada de la forma nuclear.*

Esta conclusion, segun la misma observacion de Verneuil, prueba

(1) *Dictionnaire de médecine*, 12.ª ed. por Ch. Robin y Littré. Paris, 1865.

la necesidad de reconocer *una especie particular y nueva de tumor homeomorfo*, caracterizado por el predominio exuberante de un elemento anatómico normal que solo se encuentra en pequeña proporcion en la economía sana. Además, la observacion hecha ya por Lebert, acerca de los tumores fibro-plásticos, que, nacidos espontáneamente ó bajo la influencia de una diátesis, no presentan tendencia á la curacion; esta observacion que marca una regla comun á la mayoría de los elementos anatómicos, se aplica á los citoblastos y explica porqué el *molluscum, nacido espontáneamente, se generaliza de un modo pertinaz*, etc.

El molluscum suministra, pues, un buen ejemplo de la generalizacion patológica de un elemento anatómico en un mismo sistema; pues que un mismo enfermo ha podido presentar en la superficie ó en el espesor del dermis mas de doscientos tumores de esta especie, alcanzando grados diversos en su desarrollo. Además, á pesar del mayor cuidado tenido en la autopsia, no se ha encontrado ninguna produccion semejante en las vísceras, que normalmente contienen elementos de igual naturaleza, lo que prueba que la hipergénisis de los citoblastos puede limitarse al sistema cutáneo (1).

Despues de este resúmen del importante trabajo de Verneuil, añadiremos aun la exposicion de los resultados suministrados por el exámen micrográfico de algunos de los tumores tomados indistintamente de diversos puntos de la piel de la enferma, de que O. Larcher publicó la observacion.

En uno de estos tumores, examinado por Hillairet, tumor pediculado presentando el volúmen de una nuez pequeña, los folículos sebáceos, atrofiados, habian desaparecido casi todos á excepcion de dos que estaban abiertos, llenos de materia sebácea, que presentaban al corte una superficie blanca nacarada, ligeramente granulosa.

Este tumor, del que se examinó comparativamente una porcion por V. Cornil, presentaba como la otra, estudiada por Legros, además de los elementos indicados: 1.°, una materia amorfa apenas granulosa, un poco difluente, separando los elementos del dermis (Hillairet, Legros); 2.°, un tejido conjuntivo muy desarrollado, formado por manojos considerables (Hillairet); 3.°, glóbulos grasientos de variables dimensiones (Hillairet); 4.°, algunas glándulas sudoríparas, no hipertrofiadas, que no habian sufrido alteracion en su estructura, y solo presentaban prolongacion en sus conductos, consecutivamente al crecimiento del tumor; los conductos parecian mas derechos y su forma espiral considerablemente borrada (Hillairet, Legros) y aun el glomérulo mismo estaba en parte desarrollado (Legros); 5.°, los

(1) Verneuil, *loc. cit.*, p. 186 y 187.—La generalizacion en las vísceras que contienen citoblastos, normalmente no tendria nada de sorprendente, y no debiera deducirse de aquí el que los tumores fueran de naturaleza cancerosa; pues que la simple produccion de los citoblastos alterada ó degenerada en el tegumento puede generalizarse á otros puntos. (Verneuil.)

citoblastos (Legros), de forma nuclear, medían 0mm,005 á 0mm,006 (V. Cornil); 6.°, algunos cuerpos fusiformes (Legros).

II.—Los detalles de estructura que preceden pertenecen á los pequeños molluscum. Examinados bajo el mismo punto de vista, los molluscum voluminosos que se han descrito anteriormente bajo el nombre de *elefantiásis molluscum* (Virchow), ó con el de *molluscum elefantiásico* (S. Chédevergne), se presentan bajo el aspecto de masas semi-edematosas, lardáceas, de un blanco agrisado, dejando salir por el corte y á la presion un líquido ligeramente opaco y á veces blanco lechoso. Este último hecho, segun A. Nélaton, probaria que las lesiones del sistema linfático juegan un importante papel en esta enfermedad, tanto mas que cuanto que los linfáticos que revisten la region son voluminosos, hipertrofiados y aun varicosos, y contienen un líquido semejante. En el caso publicado por S. Chédevergne (1), los gánglios linfáticos habian adquirido volúmen notable, eran movibles, duros, y dejaban fluir al corte una materia blanca y un poco filamentosa que las llenaba.

Gruesas venas atravesaban el tumor y penetraban en los vasos inmediatos que estaban aumentados de volúmen. En el caso observado por A. Nélaton, y en el de Hecker, cabia el dedo en su interior y quedaban abiertos como los del hígado, y estaban tan adheridos al tejido inmediato, que formaban cuerpo con él, estando, por decirlo así, abiertos en la masa de tumor, siendo su descripcion muy difícil.

Los capilares son en general muy abundantes, y el tumor por lo comun muy vascular; así pierde mucho de su peso cuando se les abandona á sí mismos despues de extirpados, y se deja fluir la sangre que los ingurgita.

«El tejido morboso, á simple vista, presenta un aspecto fibroso y no contiene resto de grasa. En cuanto al orígen del tejido fibroso que les recubre, la simple diseccion permite reconocer una verdadera capa subdérmica ó encima del tejido patológico, sin existir en su mismo tejido una línea de demarcacion que pueda indicar hasta dónde llega el dermis y á qué distancia se termina, y hay una verdadera confusion entre todas las partes que se encuentran debajo de la capa muscular.

»Las investigaciones microscópicas, verificadas para aclarar este punto, dan á conocer la hipergénesis del tejido conjuntivo, de donde resulta la hipertrofia; pero esta no es igual si se considera en las partes superficiales ó en las profundas; células del tejido celular, núcleos embrioplásticos, *citoblastos* y una cantidad de materia amorfa.

»Las glándulas sebáceas están muy desarrolladas, tienen de 3 á 4 milímetros de longitud, y son fáciles de disecar á simple vista; lo mismo sucede con los bulbos pilosos y sus conductos, que penetran profundamente en el espesor del tumor y adquieren proporciones con-

(1) S. Chédevergne, *loc. cit.*, p. 99.

siderables (de 6 á 12 milímetros de longitud por 1 á 2 de diámetro). Este solo hecho basta para demostrar que el dermis toma parte en la hipertrofia. Pero detrás del tubo ciego en que terminan estas glándulas, existe un espesor muy considerable del tejido fibroso; es, pues, natural mirar á este como remplazando la capa celular subcutánea; tanto mas, cuanto que no se puede encontrar ésta debajo del que podria considerarse como dermis (Ch. Robin, Laborde). Segun Ch. Robin, en efecto, el tumor recogido en el enfermo de A. Nélaton solo era una *hipertrofia del tejido laminoso sub-epidérmico, tanto del que entra en la formacion de la piel, como en la del tejido celular subcutáneo.*

§ III.—Naturaleza, etiología.

El estudio de las condiciones en las que aparecen ó se observan los tumores molluscum merecen alguna atencion. Relativamente á la influencia de la *herencia*, es notable el ver que el padre (1), el abuelo y algunas otras personas de la familia (2) presentaban tumores análogos á los observados por los enfermos.

Independientemente de la predisposicion que en algunos casos parece apoyarse en la herencia, se desarrolla el molluscum de preferencia en personas cuya piel es delicada y funciona mal (3). Se le ha visto tambien bajo la forma de tumores voluminosos, suceder al *liquen agrio*. Uno de los sugetos que han suministrado este ejemplo á Gibert, sucumbió al tercer mes de su aparicion; otro *casi* se curó, pero fué menester separar con instrumento cortante dos de los tumores mas voluminosos (4).

La naturaleza hipertrófica del molluscum parece estar fuera de duda por las investigaciones anatómicas que hemos referido con extension: Wilson ve en esta enfermedad una *simple hipertrofia del tegumento, no diferenciándose en modo alguno de la piel que le rodea* (5). Solo añadiremos que si hay hipertrofia en masa del tegumento, suele afectar una vez mas elementos, y otras veces otros; lo que explica ciertas diferencias *secundarias* que se observan entre los molluscum, ya con relacion á su consistencia, ya á su coloracion.

En cuanto á la comunidad de estructura que existe en estos pequeños tumores, á los que se ha acordado dar en general el nombre de *molluscum*, y á los voluminosos, reunidos por S. Chédeverne con el nombre de *molluscum elefantiásico*, nos parece como su naturaleza hipertrófica, puesta fuera de toda duda por los detalles é investigaciones presentados y manifiestas por Verneuil, Ch. Robin, Bazin,

(1) Caso del enfermo de A. Nélaton.
(2) Caso del enfermo de Hecker de(Fribourg).
(3) Erasmus Wilson, *The Student's Book of cutaneous medicine and diseases of the Skin*, p. 256. Lóndres, 1864.
(4) Gibert, *loc. cit.*, t. I, p. 388 y 553.
(5) Erasmus Wilson, *loc. cit.*, p. 255.

Hardy, E. Wilson, Laborde, S. Chédeverne, Hillairet, V. Cornil, Legros. Las objeciones deducidas de la clínica no contradicen este modo de creer, pues aunque es verdad que los médicos solo son por lo comun llamados á ver pequeños molluscum, cuyo volúmen apenas se eleva de sus proporciones de un huevo de paloma; si estos tumores, verdaderas deformidades, permanecen habitualmente estacionarios, puede depender simplemente de dos cosas: primero, la rareza de molluscum voluminosos, y despues porque la molestia que determinan su crecimiento hace que los enfermos acudan mas bien al cirujano que al médico. Cuando existen molluscum voluminosos (*molluscum elefantiásico*), no es raro ver á su alrededor otros mas pequeños que sirven como de subtractum á esta prodigiosa deformidad. S. Chédeverne da á conocer este último hecho, dando, para explicarle, una razon verosímil: *el* **molluscum ordinario** *es una ligera hipertrofia del dermis, y el* **molluscum elefantiásico** *es una inmensa hipertrofia del mismo dermis. El uno es en pequeño lo que el otro es en grande*, bajo el punto de vista histológico bien entendido; *no hay en su estructura, sino una diferencia relativa de la cantidad de* **citoblastos** *entre dos porciones iguales de los dos tumores.*» La calificacion de *elefantiásico*, dada al molluscun voluminoso, no ha tenido por objeto en el pensamiento de S. Chédeverne, sino consagrar mejor el orígen, modo de crecimiento y la apariencia con la *elefantiásis de los árabes*. Pero este *mal de las Barbadas* (1) no puede ser confundido con el molluscum aun el mas voluminoso; esta última afeccion, se manifiesta por un tumor siempre circunscrito, cualquiera que sea su extension, y no tiende á anexionar á su masa las partes inmediatas; en fin, este tumor nace generalmente de un tubérculo cutáneo (*pequeño molluscum*), cuya estructura está hoy bien determinada.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

«El molluscum tiene alguna semejanza á primera vista con la *dermatolisia* ó *dermatose heteromorfa* (de Alibert), que generalmente congénita, está caracterizada por una relajacion considerable de la piel, hipertrofia del dermis y tejido celular subcutáneo, con espesamiento del nevrilema de los nervios de la piel (Ch. Robin); pero difiere esencialmente por su orígen y su modo de crecimiento (2).»

En cuanto al *nævus*, el molluscum difiere por la época de su formacion, que por lo general no está ligada con el nacimiento como el del nævus, presentándose en sugetos de edad ó en la segunda mitad de su existencia. El *ecphyma mollusciforme* (Wilson) ó *molluscum pendulum* de los autores franceses, se presentan en pieles delicadas, y no presentan al dedo ni resistencia ni dureza. Cogidos entre los dedos los tumores pequeños de esta naturaleza, dan la sensacion de

(1) Véase el artículo ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.
(2) Samuel Chédeverne, *loc. cit.*, p. 99.

una bolsa de piel un poco vacía, lo que depende de que el tejido celular que contienen permite á sus paredes deslizarse interiormente una sobre otra (1).

Pronóstico.—Si solo se consideran los molluscum pequeños (*molluscum pendulus*), y si se recuerda con qué frecuencia quedan estacionarios, se puede con todos los autores declarar que su existencia no produce ninguna gravedad, constituyendo á lo mas una deformidad desagradable cuando existen en gran número. Pero á la par de esta benignidad, que felizmente es lo mas comun, no debe olvidarse que estos pequeños tumores pueden adquirir enormes proporciones, dando lugar á un conjunto sintomático, del que nos hemos ya ocupado.

§ V.—Tratamiento.

Los medios locales ó generales empleados hasta ahora no han producido efecto útil. Hardy cree mas prudente abandonar los tumores á sí mismos; sin embargo, en dos casos se ha visto producirse una ligera disminucion de los tumores por medio de unciones con el aceite de enebro.

Cuando se quiere obtener la desaparicion de los tumores, el único medio de conseguirlo es la ablación con el bisturí (Hardy), ó con las tijeras (E. Wilson), ó su destruccion con un cáustico. (Hardy.) En el enfermo observado por Hillairet, la separacion de los tumores, ejecutada unas veces con tijeras y otras con ligadura, no dió el resultado apetecido. En un caso, la seccion se practicó con tijeras, salió sangre en mucha abundancia y roja; al cabo de pocos dias la superficie comenzó á presentar pezoncillos carnosos, deprimirse, y el tejido inodular tomó un tinte blanco azulado opalino. En otro caso, la ablacion se practicó con una ligadura colocada en la base del tumor, dando el mismo resultado, menos la hemorragia, que no se produjo, y la escara se cayó á los cuatro dias. (O. Larcher.)

Cuando el molluscum es muy voluminoso, ¿debe intentarse la operacion? Si á los inconvenientes que pudiera sobrevenir en la ablacion de un molluscum elefantiásico (2), se opone la supresion posible de un conjunto sintomático amenazador que puede llegar á poner en peligro la vida del enfermo, la operacion es el único recurso de que se puede disponer. No deberá nunca perderse de vista la riqueza vascular de estos tumores, disposicion anatómica que reclama ciertas precauciones preliminares sobre las que no debemos insistir en este lugar (3).

(1) Erasmus Wilson, *loc. cit.*, artículo Ecpyma, p. 256.

(2) Tal es el caso mas desfavorable, en que la enfermedad escoge para asiento de su manifestacion, uno de los pequeños tumores que existen en la superficie del cuerpo de los enfermos. Sabida es tambien la lentitud con que se desarrollan, de modo que la operacion, por lo menos hará ganar mucho tiempo (S. Chédevergne.)

(3) Véase para los detalles S. Chédevergne, *loc. cit.*, p. 99.

CAPÍTULO X.

Afecciones hemorrágicas.

En varias circunstancias puede verificarse en la piel un flujo hemorrágico, de donde resulta unas veces una exudacion á que se ha dado el nombre de *sudor de sangre* (1); otras simples *petequias*, como se observan en la peste y en el tifo; y otras aparecen *equimosis* como en el escorbuto, y finalmente otras veces manchas de un color de púrpura mas ó menos oscuro, que constituyen la *púrpura*, afeccion que, como otras muchas que el uso nos obliga á colocar entre las enfermedades de la piel, dista mucho de ser local.

El sudor de sangre es un síntoma muy raro de otras afecciones. Las petequias y las equimosis son mucho mas frecuentes; pero tambien son puramente sintomáticas, y hasta no constituyen mas que un signo diagnóstico de un valor bastante limitado. Solo la púrpura es una manifestacion exterior de una afeccion bien determinada.

En la descripcion de la púrpura se han seguido muchas divisiones diferentes. Willan multiplicó mucho las especies, y hay algunas entre ellas que no pueden admitirse, tales como la *purpura senilis* y la *purpura contagiosa*. Rayer admite una púrpura febril y otra apirética, distincion que no carece de importancia; pero [illegible] con Cazenave, fundada en mayores caracteres. Sus diferencias [illegible], segun que con las manchas de púrpura hay ó no una hemorragia por una ó varias mucosas, y de aquí resultan dos especies distintas, que son la *purpura simplex* y la *purpura hemorrhagica* que vamos á describir separadamente.

ARTÍCULO PRIMERO.

PÚRPURA SIMPLE.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

[illegible]

(1) [illegible]

tico que no haya tenido ocasion de observar casos de púrpura simple bien caracterizados con una calentura considerable.

La púrpura simple no deja de presentarse comunmente.

§ II.—Causas.

Se ha observado principalmente esta enfermedad en las mujeres y en los niños, en los sugetos de constitucion débil, y en los que viven sometidos á malas condiciones higiénicas (1); pero estas condiciones no son indispensables, y así no tan solo se ha observado la púrpura en individuos que nada de esto presentaban, sino que hasta se han citado muchos casos en que ha existido en condiciones diametralmente opuestas, y se han referido *epidemias* raras de púrpura.

§ III.—Síntomas.

El principal y casi único *síntoma* de la púrpura simple consiste en erupciones sucesivas de *manchas*, primeramente de un color rojo vivo, que luego presentan un tinte lívido, y por último un color amarillento que se disipa como el de las equímosis. En algunos sugetos, y principalmente en los ancianos, estas manchas empiezan por un color mas oscuro, y hasta á veces por un color moreno casi negro, como lo he observado en un caso reciente. Estas manchas tienen un carácter importante, que ya hemos indicado, y es *que no desaparecen por la presion*, y además aumentan cuando el punto en que residen es declive y hay cierta estancacion de sangre. Son redondeadas, de un volúmen que no excede por lo comun del de una lenteja, y hasta suelen ser con frecuencia mas pequeñas, están mas ó menos próximas las unas á las otras, pero ordinariamente son distintas entre sí. La piel no presenta ninguna alteracion en sus intervalos.

A veces se presenta una *tumefaccion considerable de las partes afectadas*, y principalmente de las extremidades inferiores, cuya tumefaccion, limitada á un punto circunscrito, es sumamente dolorosa, y aun cuando no existe cambio de color en la piel, todo induce á creer que resulta de un aflujo de sangre en los tejidos.

Es raro, aunque se haya dicho lo contrario, que aparezca la púrpura simple ser precedida de ningun síntoma, pues casi siempre hay malestar mas ó menos considerable, y cefalalgia ó simplemente pe-

(1) Se ha observado por Blasi una forma particular de púrpura en un niño de dos años atacado de coqueluche. Despues de una noche de violentos quintas, se cubrió la cara de infinitas manchas punteadas irregularmente redondeadas, como granos de arena, sin elevacion al tacto, ni comezon, ni prurito. El resto de la piel estaba en su coloracion normal. Despues de algunos dias, la erupcion desapareció por completo sin dejar rastro. Blasi hace notar que en frecuentes epidemias de coqueluche observadas en Roma, no se presentó fenómeno cutáneo semejante. (*Giornale med. di Roma*, Enero 1865, p. 51, y *Union médicale*, nueva série, t. XXVII, p. 416).

[illegible] de cabeza. Tambien se observa [illegible] de [illegible], [illegible] y [illegible]. Con mucha [illegible] se [illegible] [illegible] [illegible] de haber [illegible], y la enfermedad [illegible]. Pero hay casos en los cuales [illegible] [illegible] y [illegible] [illegible] la [illegible], y como [illegible] la enfermedad [illegible], como ya hemos dicho, por erupciones sucesivas, no es raro que á cada una de estas erupciones precedan estos mismos *síntomas generales*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Sucede á veces que la púrpura sigue un curso francamente contínuo, pero por lo comun son erupciones sucesivas durante las cuales aparece un número mayor ó menor de manchas. Por consiguiente, es preciso considerar por separado la *duracion* de las erupciones y la de la enfermedad en general. Las erupciones duran de siete á ocho dias hasta catorce ó quince; y en cuanto á la enfermedad, si consiste en una erupcion sola ó en un corto número de ellas, dura de diez á quince dias, pero en el caso contrario, persiste por cuatro semanas, y á veces se hace *crónica* y resiste á todos los tratamientos. Este curso crónico se observa sobre todo en los ancianos de constitucion débil. No puede atribuirse á la púrpura simple la *terminacion* por la muerte.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Rayer ha citado un caso en el que la *obliteracion de la vena iliaca por coágulos sanguíneos* ha dado orígen á manchas semejantes á las de la púrpura; pero los casos de este género son excepcionales, y los cordones nudosos que forman los ramos venosos facilitan la formacion del diagnóstico.

Solo un exámen muy superficial pudiera hacer confundir la púrpura con *picaduras de pulga*, y en cuanto á la distincion entre las manchas de esta enfermedad y las *petequias de las afecciones graves* ó los *equímosis del escorbuto*, es demasiado fácil el diagnóstico para que deba detenerse ni un solo instante.

El *pronóstico* de la púrpura simple no es grave; tan solo, como ya hemos dicho al hablar de su terminacion, cuando es crónica es muy rebelde y anuncia como constitucion mas ó menos profundamente deteriorada.

§ VI.—Tratamiento.

El tratamiento debe variar completamente segun el estado del enfermo, y las circunstancias que han presidido al desarrollo de la enfermedad. En efecto, la *púrpura simple* puede aparecer en un sugeto sanguíneo y robusto, haber sido provocada por un régimen ex-

citante, por fatigas excesivas, etc. En este caso habrá que recurrir á las *emisiones sanguíneas*, y al uso de algunos *baños frescos* y de algunas *bebidas refrigerantes;* pero antes que todo habrá que recomendar la mayor *quietud* posible.

Por el contrario, la púrpura ha podido afectar á un sugeto débil ó debilitado por la influencia de malas condiciones higiénicas, y la indicacion entonces es diametralmente opuesta; se administrarán al enfermo medios *tónicos* y *fortificantes*, y se le dará *vino generoso*, algunos *cocimientos amargos*, algunos *ferruginosos*, etc. (Cazenave.)

ARTÍCULO II.

PÚRPURA HEMORRÁGICA.

Como esta afeccion es en el fondo la misma que la anterior, de la que solo difiere por las hemorragias de las mucosas y por su gravedad, solo debemos exponer en este artículo las particularidades que la caracterizan, como vamos á hacerlo rápidamente.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *púrpura hemorrágica*, á que Werlohf ha dado el nombre de *morbus hœmorrhagicus*, es una enfermedad caracterizada por manchas de la misma naturaleza que las de la púrpura simple, por síntomas generales mas graves, y por hemorragias mas ó menos abundantes. Por fortuna esta afeccion no es muy frecuente, aun cuando se han citado un número bastante considerable de casos en razon de su gravedad.

§ II.—Causas.

Nada tenemos que añadir á lo que hemos dicho respecto á las *causas* en la *púrpura simple*, y solo se debe admitir que la accion de estas causas ha sido mas enérgica ó prolongada, ó que han ejercido su influencia en sugetos mas predispuestos á las hemorragias. Se han citado además casos en que habia tal predisposicion, que la menor causa ocasional producia una hemorragia intersticial y un ataque de *púrpura hemorrágica*

§ III.—Síntomas.

Las *manchas* de la púrpura hemorrágica son mas anchas que las de la simple, extendidas, irregulares, lívidas, y presentan el aspecto de las equímosis recientes. Estas manchas tienen el mismo asiento é iguales caractéres que las de la púrpura simple, de las cuales se observa tambien un número mas ó menos considerable entre ellas,

En algunos casos raros se han presentado las manchas purpurinas cubiertas de una *vesícula llena de sangre.*

Pero un caractér todavía mas importante, porque sirve para distinguir esta forma de la anterior, es la presencia en diversas *mucosas* de manchas de un color rojo oscuro semejantes á las que se presentan en la piel. Estas manchas son otros tantos puntos por los cuales se efectúan *hemorragias*, por lo comun muy abundantes y á veces fulminantes. Hay tambien casos de púrpura en los que hasta se verifican las hemorragias en el parénquima de los órganos, y ya hemorragias constitucionales, y entonces son hemorragias fulminantes (1). Algunas veces estas hemorragias se hacen crónicas, y así se observan en ciertos individuos algunas manchas purpurinas en una mucosa, por ejemplo la de la boca, que producen por mucho tiempo hemorragias moderadas, que repitiéndose todos los dias á intervalos diferentes, pero cortas, concluyen por deteriorar completamente la constitucion.

Entre los *síntomas generales* que pertenecen á la púrpura hemorrágica, es preciso distinguir los que acompañan á la enfermedad de los que resultan de ella. Los primeros son los mismos que en la *púrpura simple*, pero mucho mas intensos; así al cansancio se agrega con frecuencia ansiedad precordial, los desvanecimientos, la lipotimias, etc.; la *calentura* es constante y mas intensa, y algunas veces se ha observado *diarrea* y *dolores cólicos* mas ó menos fuertes, aunque mas comunmente hay *estreñimiento.* En cuanto á los segundos, no son mas que los síntomas de la *anemia*, y que por consiguiente seria inútil descubrir aquí (2).

El doctor Parkes (3) ha hecho la análisis de la sangre venosa en dos casos de púrpura hemorrágica. En el primero habia disminucion general en la proporcion de los materiales sólidos de la sangre, conservándose la proporcion relativa de cada uno de ellos; en el segundo, la circunstancia mas notable era el *aumento de la fibrina*, y en los dos, *estaba aumentada la cantidad normal de hierro.*

En un caso citado por Hérard (4), no se ha encontrado indicio de fibrina, siendo imposible separar los glóbulos del suero; pero en un caso semejante hemos encontrado una notable cantidad de fibrina, de modo que no hay nada positivo en este asunto.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es por lo comun rápido, pero se observan en esta especie las mismas erupciones que hemos indicado en la anterior, y ya hemos dicho tambien que podia adoptar la *forma cró-*

(1) Véase PISTAXIS (tomo II, p. 216), HEMATEMESIS (tomo III, p. 609), etc.
(2) Véase art. ANEMIA (tomo I, p. 539).
(3) Parkes, *London medical Gazette*, 1848.
(4) Hérard, *Bulletin de l'Acad. impériale de méd.*, t. XVIII. Paris, 1852, p. 298.

nica. De aquí resulta que la *duracion* es muy variable, lo cual depende especialmente de la abundancia de las hemorragias. En cuanto á la *terminacion*, es con frecuencia funesta, y á las hemorragias abundantes debe atribuirse tambien la muerte. Cuando estas hemorragias se efectúan en el interior mismo de los órganos, y ocupan una porcion de puntos, puede ser la muerte casi instantánea.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Consisten únicamente en infiltraciones sanguíneas en la piel y en el tejido de los órganos y en el estado exangüe de las diversas partes del cuerpo.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* no requiere grandes pormenores, pues claro está que es el mismo que en el caso anterior, y además viene á hacerle fácil la existencia de las hemorragias. Cuando puede percibirse el punto de la mucosa por donde sale la sangre, y en este punto hay manchas purpurinas, ya no es posible dudar.

El *pronóstico* es mucho mas grave que en la especie anterior, y el peligro se mide sobre todo por la abundancia de las hemorragias.

§ VII.—Tratamiento.

Vuelve á hallarse aquí, pero en proporciones muy distintas, lo que hemos dicho de las indicaciones enteramente opuestas para el tratamiento de la *púrpura simple;* por lo demás esta diferencia depende de las mismas causas. Así, pues, podrán emplearse las *sangrías* y los *emolientes*, aunque solo en el menor número de casos, pues las mas veces habrá que disponer segun las circunstancias la *quietud* completa, el uso de los *ácidos vegetales* y de las *bebidas heladas;* hacer tomar al enfermo *alimentos frios*, ó bien emplear la *quina* unida al *agua de Rabel*, el cocimiento de *ratania*, los *vinos generosos*, los *amargos*, etc. Tambien podrá ser útil mantener libres los órganos digestivos por medio de algunos *purgantes*, por ejemplo, de los *calomelanos*. (Cazenave.)

Un periódico inglés (1) refiere la observacion de una mujer próxima á sucumbir á esta afeccion, y en la que el *ácido agálico* administrado á la dósis de 2 gramos unido á 4 gotas de láudano cada media hora, hizo cesar los accidentes. «Casos observados recientemente, añade este periódico, nos hacen creer que el *ácido tannico* es un antihemorrágico por excelencia, y que puede reemplazar al ácido agálico.»

(1) *The Lancet*, y *Bulletin général de thérapeutique*, 15 Mayo 1851.

El doctor Harty (1) ha visto curar con rapidez la *púrpura hemorrágica* á beneficio de los purgantes repetidos.

El doctor Moore Neligan (2) ha referido cuatro casos, en los cuales se ha curado con prontitud una *púrpura hemorrágica* muy grave por medio de la *esencia de trementina*, cuyo medicamento administra á la dósis de 25 á 40 gramos en los adultos, y de 8 á 15 en los niños. Aun cuando este autor cree que la esencia de trementina posee una propiedad antihemorrágica particular, todo induce á creer que solo obra como un purgante, porque por una parte Moore Neligan ha cuidado asegurar la accion laxante agregado el aceite de ricino, y por otra la rapidez de la curacion ha estado en razon directa del efecto purgante.

«En algunas circunstancias, añade Cazenave, pudiera recurrirse á las *emisiones sanguíneas* generales y locales; pero siempre que se use este medio debe hacerse con sumo cuidado.» El doctor Losetti (3) ha referido un caso de *púrpura hemorrágica*, en el cual seis *sangrías* han producido primero un alivio pronto y despues una curacion rápida.

«Deben combatirse las hemorragias que acompañan á esta forma de *púrpura*, añade el autor que venimos citando, con *lociones de agua de nieve*, por medio de *inyecciones elípticas*, y con el *taponamiento* si fuese necesario. En estos casos se han obtenido buenos efectos del uso de las *abluciones frias á todo el cuerpo*.

»En cuanto á las manchas purpurinas, se las puede atacar localmente con la aplicacion de *compresas empapadas en cloruro de cal* ó con *cocimientos astringentes*.

»Lo que especialmente conviene es colocar al enfermo en *condiciones higiénicas* favorables, y así se procurará que respire un aire puro, que habite en parajes sanos, y se le someterá á un *régimen* alimenticio suave y corroborante. Por último, cuando mas especialmente se puede recurrir al uso de algunos *tónicos*, por ejemplo, á las *bebidas ferruginosas*, es durante la convalecencia, en cuya época he empleado muchas veces con ventaja los *baños de mar*.»

Una cuestion importante se debate hoy en las sociedades científicas, y es el empleo al interior del *precloruro de hierro*, en las hemorragias, y especialmente en la púrpura. Pize (de Montélimart) ha sometido á la Academia de Medicina una Memoria relativa al empleo del precloruro de hierro en el tratamiento de la *púrpura hemorrágica*, y su *accion sedante* sobre el corazon (4). «Las conclusiones de Pize, son las siguientes: 1.° Que el percloruro de hierro es el agente por excelencia de curacion de la enfermedad, pues que detiene las

(1) Harty, *Edinburgh medical and surgical Journal*, t. X.
(2) Moore Neligan, *Dublin Journal*, Noviembre 1845.
(3) Losetti, *Annali universali di medicina*, Marzo 1848.
(4) Pize, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXV, p. 686 y siguiente.—*Gazette hebdomadaire*, 25 de Mayo, 2860, n.° 21, 348.

hemorragias en el espacio de veinticuatro á cuarenta y ocho horas, y que continuado durante algunos dias, hace entrar rápidamente en convalecencia al enfermo; 2.°, que puesto que produce una lentitud inmediata en la circulacion, haciendo descender los latidos del pulso en veinticuatro horas de 110 á 80 pulsaciones, el percloruro de hierro ejerce una accion sedante en el corazon. Devergie, que no ha podido experimentar sobre casos de *púrpura hemorrágica*, aprueba por analogía el tratamiento en cuestion, pues que ha visto curarse con rapidez la *púrpura simple* por el percloruro de hierro, exceptuando siempre los casos de *erupcion sucesiva.*

No podemos entrar en la apreciacion de las diversas opiniones emitidas sobre el mecanismo de su accion, pues que algunos médicos han negado el valor del medicamento y referido las curaciones á la naturaleza ó á otros medios empleados.

Solo añadiremos que Bouillaud cree que Pize se apresura demasiado al atribuir al percloruro de hierro una accion sedante sobre el corazon; que Piorry reclama la primacía de la aplicacion del percloruro de hierro á la enfermedad en cuestion; y que Trousseau niega la absorcion de las preparaciones ferruginosas, etc.

Como es imposible preveer lo que resultará de una cuestion aun pendiente, solo animaremos á los prácticos al ensayo del mismo medicamento, que despues de todo no puede ser perjudicial.

Pize aconseja darle á la dósis de 25 á 30 gotas en 100 gramos de julepe en las veinticuatro horas. Se puede formular del modo siguiente:

R. Julepe simple....	100 á 120 gram.	Jarabe simple.............	30 gram.
Percloruro de hierro.	25 á 30 gotas.		

Mézclese. Para tomar á cucharadas grandes en las veinticuatro horas.

Se evitará la asociacion de preparaciones que contengan tanino. (V. A. Racle.)

ARTÍCULO III.

HEMATIDROSIS.

Examinando las observaciones publicadas por los médicos de todos tiempos, y en particular revista á las reflexiones hechos y reflexiones establecidas por Parrot (1), llegamos á admitir casi necesariamente las ideas de este médico.

§ I.—Definicion, sinonimia.

Definicion.—La *hematidrosis* es una enfermedad rara vez heredi-

(1) Parrot, *Étude sur la sueur de saug et les hémorrhagies névropathiques.* París, 1860; y *Gazette hebdomadaire*, Enero, 1860.

taria, casi siempre ligada á fenómenos histérico-epilépticos, y caracterizada por el flujo sobre una ó muchas regiones del cuerpo, provistas abundantemente de glándulas sudoríferas, de un rocío sanguíneo pasajero ó persistente, coincidiendo ó alternando con hemorragias membranosas ó parenquimatosas accidentales ó fisiológicas, y no dejando en pos las hemorragias ninguna lesion anatómica visible.

Sinonimia.—Es menester evitar la confusion de la hematidrosis con la hemofilia. Este error se ha cometido por autores de gran valor. La hemofilia es hereditaria; la hematidrosis se establece sin antecedentes de familia. La primera enfermedad se observa casi siempre en el sexo masculino, y la segunda casi todas las observaciones se refieren á jóvenes mujeres púberes. La hemofilia comienza en la infancia, produce hemorragias pertinaces por las heridas mas insignificantes, enormes equimosis superficiales y profundas. La hematidrosis hace salir la sangre por la piel en ausencia de toda accion traumática.

§ II.—Anatomía y fisiología patológica.

Naturaleza del líquido derramado.—En un caso examinado al microscopio por Parrot y en otro presentado por Magnus Huss, el líquido presentaba siempre los caractéres físicos de la sangre, sea mientras fluye de la piel, sea en las líneas impresas por el sudor de sangre. El exámen micrográfico, hecho repetidas veces, ha revelado la presencia de gran número de hematides perfectamente regulares, algunos escasos glóbulos blancos y fragmentos de epidermis en medio de un líquido incoloro trasparente. Es, pues, la sangre la que fluye por la piel de los enfermos, y no como se ha dicho, un líquido mas ó menos acuoso teñido de rojo por la materia colorante de la sangre.

La *naturaleza* de la enfermedad se ha establecido por estas consideraciones. La hematidrosis es una *hemorragia*; la presencia de las hematides en el líquido derramado no deja ninguna duda sobre ello. Por lo tanto, puede decirse que en la hematidrosis hay *rotura vascular*; esta conclusion resulta del hecho mismo de la hemorragia.

Mecanismo de la hematidrosis.—¿Por qué via llega la sangre á la superficie de los tegumentos? Todos los autores están unánimes en decir que en la hematidrosis presenta la piel perfecta integridad antes y despues de la rotura de la sangre, y de aquí la idea de buscar aberturas naturales.

Gendrin afirma que la sangre sale por las *glándulas sudoríparas*, por las bocas del sudor; igual es la opinion de Parrot. En efecto, la hematidrosis se presenta en regiones en que las glándulas sudoríparas son muy abundantes; palma de las manos, dedos, plantas de los piés y falanges. En estas regiones faltan absolutamente los folículos sebáceos así como los bulbos pilosos.

La hemorragia no puede, pues, reconocer como punto de partida la rotura de los vasos capilares que alimentan los folículos pilosos y

las glándulas sebáceas. Estos dos últimos aparatos están obliterados por los productos pilosos y sebáceos, además son infinitamente menos vasculares que las glándulas sudoríparas. El microscopio no ha demostrado nunca materia grasa en la sangre derramada; si esta conclusion parece muy exclusiva, puede al menos afirmarse que la hemorragia tiene por asiento un órgano escretor, que es lo principal.

No se admite hoy el mecanismo fundado en la dilatacion exagerada de los orificios ó conductos que se suponian existir comunicando con los vasos sanguíneos. Se ha demostrado que entre las vias glandulares y el globo sanguíneo, hay una pared sin porosidades dilatables, y que no puede franquearse sin rotura prévia. En la hematidrosis la desgarradura no es aparente, pero puede afirmarse que existe, y considerarse como muy probable que se verifique en la red capilar situada inmediatamente debajo del epitelio de la glándula.

Naturaleza íntima de la hematidrosis.—Los autores antiguos admitian un aumento en la fluidez de la sangre, y de aquí la facilidad en abandonar sus vias naturales y penetrar en los exhalantes de la piel. Gendrin reconoce en la hematidrosis las mismas causas que en otras enfermedades, y encuentra que los hechos acusan la existencia de una plétora general ó local. Segun Parrot, las ideas de congestion y de plétora son inverosímiles. La cloro-anemia, por el contrario, ha coincidido con mas frecuencia con la hematidrosis.

En fin, existe una frecuente analogía entre la hematidrosis y las alteraciones de toda especie, á las que se encuentra con frecuencia asociados (ataques histéricos, epilépticos, y dolores nevrálgicos), de los que parece ser una dependencia. Todos estos fenómenos patológicos reunidos en un mismo individuo tienen una significacion análoga. La identidad de causa se revela por sí misma y autoriza á proclamar la *naturaleza esencialmente nerviosa de la hematidrosis* (Parrot). Este es para Parrot uno de los modos de manifestacion del estado nebropático; es un fenómeno de igual valor que la convulsion, por ejemplo. Puede casi decirse que hay un sudor de sangre, como un ataque de nervios, y colocar la hematidrosis al lado de la epilepsia, de la corea, y de la pasion histérica.

§ III.—Síntomas.

Invasion.—Es por lo comun repentina; la enferma está agitada, abatida física y moralmente, se queja de vivos dolores de forma reumática, en la frente, orejas, párpados, vulva, pecho, epigástrio, dedos, etc., y á veces en la profundidad de las vísceras. Al mismo tiempo hay dolores lumbares, alteraciones de la sensibilidad, análogas al *aura* de la epilepsia, terminadas, en fin, por convulsiones histéricas ó epilépticas de las mas violentas. En fin, cuando estos trastornos llegan á su máximum, y como para calmarlos aparece el sudor de sangre.

Síntomas.—El primer acceso sorprende al enfermo, pasa como por casualidad la mano ó el pañuelo por la cara ó la region dolorosa, y los saca llenos de sangre. La *cantidad* del líquido no es nunca considerable ni conduce á los enfermos á la postracion como otras hemorragias. El abatimiento parece mejor resultado de los ataques histéricos simultáneos. La hematidrosis se detiene por lo general por sí sola, y cesa al cabo de un tiempo variable como la vuelta de las condiciones etiológicas. De un acceso á otro y en un gran número de accesos, el sitio varía; la frente, los párpados inferiores, las alas de la nariz, los labios, el menton, etc., y todas las regiones dolorosas afectadas durante los prodromos pueden ser el punto de partida necesario del sudor sanguíneo. Cuando el sudor cesa, el punto enfermo no presenta rubicundez, ni equimosis, solo á veces se encuentra aumentado el calor á la par que se manifiesta un ligero movimiento febril. La sangre sale en *forma* de gotas que se filtran, como perlas que se secan al nacer; otras veces la cara está cubierta de sangre y los asistentes creen ver una *persona asesinada.*

Los *síntomas generales* no son nunca los mismos de un acceso á otro; la hematidrosis, unida á los fenómenos de nevralgia ó de ataxia extrema, se manifiesta por lo comun en medio de un gran desórden funcional. Se presenta un dolor intenso, la proximidad de la época menstrual, dolores múltiples, convulsiones, espasmos glóticos, disnea, sofocacion, vómitos biliosos, y despues de todo una máscara ensangrentada cubre la cara, y todos los síntomas decrecen.

Hemorragias simultáneas.—En la mayor parte de los casos, se ha observado que la hematidrosis iba precedida, acompañada ó seguida de hemorragias diversas con sus prodromos ordinarios, fenómenos neuropáticos, nevralgias y dismenorreas. Así, en un caso, el sudor sanguíneo deja salir sus últimas gotas, y se presenta una hematemesis considerable; otras veces son epistaxis ó hemoptisis, hematuria, lloro de sangre (procedente de los poros ó folículos de las pestañas, segun unos, y de las glándulas lacrimales en opinion de otros); de equimosis, ó mejor manchas de amarillo claro, afectando á veces la forma hemiplégica, estas manchas invaden á veces las mucosas; tambien suelen observarse hemorragias mamarias alternando con la supresion de las reglas.

Todas estas hemorragias están tan íntimamente enlazadas con los fenómenos nerviosos de los que casi constituyen un síntoma, que Parrot no duda en admitirlas en la misma clase que la hematidrosis y considerarlas como *hemorragias neuropáticas.* El orígen preciso de estas hemorragias parece ser el mismo que en las de la piel, cuando la fuente hemorrágica es las glándulas y sus conductos escretores. Bajo este concepto, se excluye la idea de la exhalacion ó rezumamiento adoptado por los antiguos, y la asimilacion del flujo uterino á la hematidrosis.

Fenómenos nerviosos concomitantes.—Además de las convulsiones

histéricas y epilépticas, debemos señalar el dolor que con frecuencia adopta còn la hematidrosis un sitio comun. Con frecuencia tambien estos dos fenómenos, se sitúan en partes lejanas entre sí. Siempre son simúltáneos, y no se sobreponen nunca. Los dolores ováricos, por ejemplo, acompañan á la hematidrosis de la cara. Estos dolores tienen carácter neurálgico; prontitud, comezon, quemadura foco lócal, irradiaciones, grados de intensidad muy variables; otras veces un simple prurito incómodo; otras una barba de pluma pasada sobre la piel, hace prorumpir en gritos; á veces hay latidos de la piel en el punto, en que va á fraguarse la salida de la sangre. Despues el paróxismo de dolor y la hematidrosis, y la calma sobreviene.

El *embotamiento* y aun la *parálisis* se observan á veces en las partes en que se observa el sudor sanguíneo, ó bien otras alteraciones sensoriales, como el zumbido de oidos, entorpecimiento de la vista, delirio, síncopes, espasmos y contracturas.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Como fenómeno neuropático, el *curso* de la hematidrosis es irregular, sobreviene por accesos de duracion desigual, y pasa de una region á otra afectando á veces la forma intermitente.

Duracion.—Varía mucho, algunos segundos, pocas horas y aun dias con una série de exacerbacion. *Terminacion* espontánea.

§ V.—Causas.

Muy rara en la primera *infancia*, el caso mas prematuro se há observado á los seis años. La hematidrosis parece sobre todo coincidir con alteraciones de la menstruacion. Fatigas prolongadas, produciendo ó exagerando la cloro-anemia, el temperamento nervioso; una naturaleza impresionable, un carácter irascible, y sobre todo el sexo femenino *predispone* singularmente.

La accion de las *causas determinantes* es mas precisa; el temor, la cólera, un pesar profundo, una simple contrariedad, la alegría, los grandes placeres, en una palabra, todas las perturbaciones morales ocupan el primer lugar.

El frio y el calor, sucediéndose con rapidez, un ejercicio corporal exagerado, determinan á veces los accesos. Se ha insistido sobre la influencia de las hemorragias, y principalmente del flujo menstrual. Este último se ha encontrado con frecuencia alterado en los accesos de hematidrosis, y es natural preguntarse, si no estará como los fenómenos neuropáticos, bajo la dependencia de la amenorrea.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Entre la hemofilia y la hematidrosis se encuentra el diagnóstico claramente establecido en el artículo *Sinonimia*. Se han escluido de la hematidrosis, todas las hemorragias que se verifican en la superficie de la piel, á consecuencia de heridas antiguas ó recientes, ó en la superficie de las úlceras que vegetan. Lo mismo sucede en todas las hemorragias abundantes en que hay que reconocer una alteracion de la sangre, como en el escorbuto ó en las intoxicaciones agudas ó crónicas.

Pronóstico.—La hermatidrosis es mas alarmante que grave. Si la vida de la enferma está comprometida, no es por la abundancia de la hemorragia, pues que en general dura poco, y la pérdida es mas aparente que real, pero puede hacerse grave por un accidente extraño, pues no se puede perder de vista que solo es un síntoma que no se manifiesta nunca independiente, y que rara vez constituye un hecho aislado en medio de los fenómenos morbosos de que forma parte.

§ VII.—Tratamiento.

Las observaciones autorizan para decir que no hay ninguno; sin embargo, abundan indicaciones, y la higiene y la profilaxia tienen un importante papel. Se evitarán todas las causas indicadas anteriormente, cuanto pueda alterar la menstruacion, producir trastornos nerviosos y modificar la constitucion.

La vida física, los antiespasmódicos, los narcóticos, los amargos, el hierro, los baños, la hidroterapia, los astringentes administrados frios al interior y localmente, se han aconsejado especialmente.

No debe perderse de vista que es inútil, y aun pudiera ser peligroso, detener la salida de la sangre durante los accesos por los medios repercusivos; *inútil*, porque la movilidad es el carácter principal de la enfermedad; *peligroso*, porque la observacion ha demostrado que á la hemorragia cutánea pueden seguir hemorragias mucosas, y tal vez parenquimatosas (V. Racle).

APÉNDICE.

ARTÍCULO PRIMERO.

ELEFANTIASIS DE LOS GRIEGOS (1).

La denominacion de lepra, aplicada por los médicos griegos, y mas tarde por los latinos, traductores de los griegos y los árabes, á

(1) El doctor Brassac, médico de primera clase de la marina que ha tenido á su cargo la leprosería de Deseada (Antillas), ha redactado este artículo.

diversas afecciones cutáneas, la mayoría escamosa, sirvió para designar dos enfermedades esencialmente diferentes, y por lo comun confundidas como dos variedades de una misma enfermedad: 1.°, elefantiasis de los griegos; 2.°, elefantiasis de los árabes.

El nombre de elefantiasis conviene especialmente á esta última enfermedad, porque en ella sola se asemeja la piel á la del elefante, y mas adelante diremos, cuando de ella tratemos, que es probable haya sido conocida en la antigüedad. Como quiera que sea, Areteo trazó un cuadro semejante de una enfermedad tuberculosa de la piel y de las mucosas, y empleó, segun Lucrecio, la palabra *elefantiasis* para designarla, porque *esta enfermedad*, decia, y *el animal llamado elefante tienen muchas propiedades comunes* (1).

Antes de Areteo, se le daba el nombre de *leontiasis*, ó lepra leonina. La comparacion establecida con esta palabra nos parece mas justa que la primera, y mereceria conservarse el nombre de lepra leonina para designar la lepra griega, si esta enfermedad se presentase siempre bajo la forma tuberculosa.

Para evitar toda confusion, seria mejor, como propone Sc[illegible]del y Cazenave, conservar el nombre hebreo *tsarâth*, que los tr[illegible]ctores latinos han cambiado por el de *lepra*, y se distinguiria el [illegible]*râth* en *fimatodes* y en *afimatodes* (de φυμη, tubérculo), varied[illegible] que podrian tambien dividirse en *anestésica* é *hiperestésica*, [illegible]un que presentasen pérdida ó exaltacion de la sensibilidad. C[illegible]iene no olvidar que las formas de la elefantiasis de los griegos se hacen múltiples bajo la influencia de los lugares, climas, razas y una multitud de causas desconocidas. De este modo, y equivocadamente, los autores de todos tiempos han considerado estas formas variadas como entidades morbosas, y creado muchas enfermedades de una sola en su esencia, á pesar de sus mas diversas manifestaciones. Danielssen y Wilhelm Bœck han publicado uno de los Tratados mas completos de esta enfermedad conocida en Noruega, donde la han observado con el nombre de *spedalskhed* (2).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La elefantiasis de los griegos reviste las formas mas diversas, dificultando el presentar una descripcion que pueda aplicarse á todos los casos.

Diremos, sin embargo, que la elefantiasis de los griegos es una enfermedad generalmente caracterizada por manchas, por lo general insensibles, á las que suceden tubérculos variables en forma y volú-

(1) Aretæus Cappadox, *De causis et signis morborum*, lib. II, cap. XIII.

(2) Danielssen y Wihelm Bœck, *Traité de la spedalskhed ou éléphantiasis des grecs*, traducion de M. Cosson (de Nogaret). Paris, 1848, 1 vol. en 8.°, con atlas en fólio, 24 láminas iluminadas.—Véase tambien el artículo de M. Delioux de Savignac en los *Archives générales de médecine*, Julio, 1860.

men; por parálisis parciales de uno ó de muchos miembros, y las deformaciones que son su consecuencia; por la ulceracion casi fatal de los tubérculos ó de las manchas tumefactas y gruesas cuando no aparecen los tubérculos, ulceraciones que producen fenómenos graves, tales como la pérdida de porciones de un miembro, y caries de los huesos del cráneo ó de la cara. Si á esto se unen ciertas alteraciones en el sistema piloso y la aparicion de escamas (pitiriasis) que acompañan casi siempre á la elefantiasis; y tambien complicaciones orgánicas que terminan con frecuencia la existencia de los desdichados leprosos, se tendrá un cuadro en resúmen de tan penosa enfermedad; caquexia radical presentando graves alteraciones de la sangre, estudiadas especialmente en nuestros dias por médicos noruegos.

En la obra de Danielssen y Bœck se encuentran numerosas denominaciones con la que se designa la enfermedad en los diversos paises desde los tiempos mas remotos. Como ya hemos dicho, estos autores adoptan la denominacion de *spedalskhed* de preferencia á la de elefantiasis. Escluyen del cuadro de variedades de la lepra la *radezyge*, enfermedad generalmente endémica en algunas provincias del Norte de Europa, y demuestran que algunos autores franceses que han empleado este nombre como sinónimo de elefantiasis griega ó de *spedalskhed*, se han apoyado en la opinion de autores noruegos que no han observado la *radezyge*.

Como lo ha demostrado J. Rollet (1), la *radezyge* de Noruega, la *sibbens* de Escocia, el *scherlievo* de las provincias illyrianas, la *lepra* de los kabylas, solo son manifestaciones profundas de la sífilis.

La elefantiasis ha recibido diversos nombres, segun los paises en que se observa, y segun las formas principales que presenta, así los de: *leontiasis*, *lepra leonina*, *lepra de la Edad media*, *laceria*, *mal rojo de Cayenna*, *enfermedad de Crimea*, *mal de San Lázaro*, *lepra tuberculosa de* Alibert, etc.

La elefantiasis de los griegos es rara hoy en Francia, se observa algo mas en los paises meridionales de Europa, es muy comun en América del Sud, en algunas comarcas de Africa, en la India, y segun las investigaciones de Danielssen y Bœck, no es menos frecuente en Noruega y en Islandia.

§ II.—Causas.

La etiología de esta afeccion es muy oscura. Es necesario conceder influencia á los climas tropicales, ecuatoriales y polares, pues que presentan la enfermedad, no solo de un modo mas frecuente, sino con mayor gravedad; además, la mayoría de los europeos que la han padecido la han contraido casi todos en estas regiones.

(1) Véase *Recherches sur plusieurs maladies de la peau, réputées rares ou exotiques, qu'il convient de rattacher à la syphilis.* (*Arch. gén. de méd.*, 5.ª série, 1861.)

Los médicos de los paises intertropicales invocan la accion del *calor húmedo*, la mala *alimentacion* ó insuficiente (pescado fermentado ó salado, húmedo, rancio, en algunas provincias del Brasil, el uso exclusivo de los piñones, de la carne y grasa del cerdo), en fin, los excesos venéreos y los alcohólicos.

En el Norte de Europa, las condiciones de temperatura son opuestas, pero tambien se observa la enfermedad en los *lugares bajos* y *húmedos*. Los noruegos é irlandeses atacados de spedalskhed son en general pescadores, cuya nutricion insuficiente se compone únicamente de pescados. En todos los climas la ictiofagia juega cierto papel, y en apoyo de esta opinion diremos que el spedalskhed ha casi desaparecido de las islas Feroë, en menos de cuarenta años, en que sus habitantes han abandonado la pesca y el uso de la carne de ballena para entregarse al cultivo, y por lo tanto tener una alimentacion mas variada y sustancial.

El doctor Delioux (1), despues de haber expuesto que la alimentacion defectuosa era una causa predisponente, insiste sobre todo en la carencia de pan en la alimentacion de los pueblos espuestos á la lepra. Es digno de observarse que las regiones del Norte, como en las tropicales, el pan casi se emplea en la nutricion de las clases miserables y razas inferiores que emplean especialmente las bebidas fermentadas y las carnes saladas y secas.

Pero con seguridad se nos ocultan muchas influencias misteriosas. ¿Qué podremos decir con seguridad de la influencia de los *temperamentos*, de las *edades*, del *sexo*, de las *pasiones deprimentes*, etc.?

La opinion del *contagio*, nacida de la credulidad y del terror de las masas, admitida por muchos médicos, apenas tiene aceptacion en nuestros dias. No conocemos un caso bien averiguado, así como millones de casos combaten esta opinion. Los lazaretos, deteniendo la propagacion de este mal en Europa en la Edad media, no se opusieron al contagio, sino á la trasmision hereditaria; porque si la *herencia* no es fatal, no puede separarse su influencia en muchos casos.

§ III.—Sintomas.

Muchos autores admiten que la elefantiasis de los griegos no va precedida de *ningun síntoma precursor*. Biett y Cazenave citan muchos casos de individuos que, gozando de perfecta salud, se apercibieron como por casualidad de la aparicion de *manchas* mas ó menos insensibles. Nosotros diremos, siguiendo á los dermatólogos mas habituados á observar esta afeccion que están de acuerdo con Robinson (2), que se le reconocen prodromos bien marcados por los enfermos inteligentes, y cuyos recuerdos son fieles. Estos *prodromos* con-

(1) Delioux, *Mémoire cité*.
(2) Robinson, *On the Elephantiasis as it appears in Hindostan* (*Medico-chirurgicale Transactions*. London, t. X, p. 27).

sisten en laxitud con peso y rigidez de los miembros, languidez, decaimiento pronunciado, tendencia cada vez mas irresistible al sueño, inaptitud al trabajo manual é intelectual, carácter estravagante, humor triste, escalofríos erráticos, fugitivos, á veces opresion cardíaca, anorexia y náuseas.

Describiremos primero la evolucion de la elefantiasis tuberculosa en su forma mas completa. Se pueden considerar, en general, tres períodos en el desarrollo de esta enfermedad. El primero comprende la aparicion de *manchas* ó *máculas*; el segundo, la formacion de *tubérculos*; el tercero, la *ulceracion de estos tubérculos* ó puntos ocupados por las manchas, si no existe la tuberculizacion. En este período es cuando se presentan los fenómenos graves que amenazan directamente la vida.

En la invasion, la aparicion de las manchas leonadas, rojizas en el blanco, y de color mas pronunciado en el mulato y en el negro, coinciden con frecuencia con una sensacion de calor en la piel, á veces hormigueos dolorosos, sobre todo al medio dia y durante la noche, en los paises cálidos por lo menos. Con frecuencia la piel de las mejillas, de la nariz, de las orejas, se hace asiento de rubefaccion característica cuyas tintas varían en muchos dias de intervalo.

Estas manchas presentan casi siempre una insensibilidad completa, pero no debe concederse una importancia sobrado excesiva á este signo diagnóstico. La sensibilidad es á veces normal, y la hiperestesia se ha podido demostrar cuando la enfermedad ha recorrido rápidamente sus períodos. Las manchas, sobre todo las caracterizadas por insensibilidad, pueden permanecer largo tiempo estacionarias, pero los desgraciados que las presentan no dejan de experimentar tarde ó temprano la evolucion del mal, del que llevan el gérmen indeleble.

Los tubérculos pueden presentarse aun en los puntos en que no les ha precedido ninguna mancha; no es, pues, cierta la opinion de Schilling, que ha considerado las manchas como constantes y precediendo siempre á los tubérculos; es verdad que con frecuencia suceden estos á las manchas, pero sin recorrerlas por completo.

El punto ocupado por la mancha se tumefacta, edematiza, y el núcleo tuberculoso aparece. Estos tubérculos, por su forma y volúmen, pueden dividirse en tubérculos carnosos mas ó menos esféricos, que son los mas numerosos, y en tubérculos planos.

Los tubérculos carnosos se presentan especialmente en regiones ricas en capilares sanguíneos, la nariz, las mejillas, la frente, las orejas. Desde el principio, no se puede apenas demostrar la forma globulosa, saliente, que mas tarde les caracteriza. El tacto puede representar una pápula sub-epidémica, que despues se engruesa, y se hace muy pronto abollada, saliente y desigual.

Su desarrollo en la cara es á veces considerable, casi confluente, y da al desgraciado leproso un aspecto horrible y repugnante. Esta cara tumefacta, muy dilatada, con sus arrugas frontales, tiene cierto

aspecto leonino que ha hecho dar á la enfermedad el nombre de *leontiasis*. Sobre el blanco ó el mulato claro, las manchas tienen á veces un rojo intenso, y los tubérculos carbonizados adquieren tambien este tinte, lo que ha dado á esta variedad de la enfermedad el nombre de lepra roja.

El tubérculo carnoso es siempre aislable con facilidad del tejido celular subcutáneo, es un tubérculo dérmico, y la enfermedad no se encuentra aquí localizada en el tejido subdérmico como en la elefantiasis de los árabes. En el tronco aparecen tambien los tubérculos, pero son menos voluminosos que los que hemos expuesto; tienen casi siempre el tamaño y forma de un guisante. El doctor Duchassaing (1) les llama por esta razon *piriformes*, y las compararemos como este distinguido autor á las gotas de sebo, cuya superficie se cubriera por una membrana seca y trasparente.

Los tubérculos planos se observan sobre todo en los codos; son, dice Duchassaing, tumores planos de superficie escamosa, pero su elevacion es muy considerable, y la alteracion de las partes profundas de la piel es demasiado pronunciada para que pueda representar la idea de una simple soriasis. Esta confusion se ha hecho, sin embargo, con frecuencia porque las erupciones *soriasis inveterada* y difusa coinciden casi siempre con la aparicion de las máculas y de los tubérculos.

Al mismo tiempo que se desarrollan los tubérculos, se producen lesiones frecuentes en el sistema muscular, que consisten en *parálisis* y *atrofia* de ciertos músculos, de donde resultan deformaciones características. Esta parálisis ataca especialmente las extremidades, y de estas los extensores con preferencia á los flexores. Nos servimos de la frase parálisis, y sin embargo, no es por lo comun una pérdida total de los movimientos, sino una disminucion notable en la energía de las contracciones. Unas veces se ve atacado un solo miembro en parte, otras varios á la par, y no siempre del mismo lado, lo que difiere notablemente de lo que se observa en las parálisis procedentes de lesion cerebral. La atrofia sigue á las parálisis, además de las deformaciones que siempre son su consecuencia; se ven á las extremidades plegarse en sentido de la flexion. Los dedos, sobre todo, afectan la posicion en garfio ó garra, que no se olvida una vez observado. Los interóseos participan con frecuencia de esta parálisis, y así los dedos permanecen separados entre sí; á veces las uñas se separan por su borde libre, y terminan por caerse por ulceracion, vuelven á aparecer antes de que se presenten desórdenes mas graves en los dedos, pero presentan un aspecto rugoso, deforme y sin trasparencia. Duchassaing ha llamado con razon á este período *onyxis siloplàxico*.

Los pelos participan tambien de esta degeneracion, se blanquean á veces, se vuelven quebradizos y se caen. El fenómeno es aun mas

(1) Duchassaing, *Spiloplaxie indienne* (*Archives générales de médecine*, año 1855).

[illegible]

[illegible] ... deformaciones de los dedos. Las [illegible] de las extremidades se abultan y suelen [illegible]. Las falanges pueden desprenderse sin enfermedad del hueso [illegible] por destruccion de los ligamentos y los cartílagos; pero cuando la destruccion es menos rápida, la porcion esponjosa de los huesos se caría.

La terminacion varía en el mismo miembro, así todos los dedos pueden afectarse al mismo tiempo, pueden desprenderse muchas falanges, otras pueden anquilosarse indefinida ó temporalmente hasta el momento en que son invadidos por el trabajo destructor.

Las alteraciones funcionales aumentan á medida que hacen progresos las manifestaciones morbosas de que hemos hablado. De todos los sentidos, solo uno parece quedar intacto; pues en nuestras observaciones no hemos podido apreciar alteraciones en el sentido del oido.

La *vision* se debilita siempre mas ó menos; el *olfato*, como se comprende, debe alterarse de un modo notable á consecuencia de las funestas complicaciones producidas en la mucosa de las fosas nasales y en su esqueleto. Lo mismo sucede con el *gusto;* las alteraciones de la secrecion salivar, las lesiones de la parte posterior de la boca, las probables compresiones nerviosas determinan graves alteraciones, si no una abolicion mas ó menos completa del sentido. En cuanto al *tacto*, fácil es figurarse las alteraciones que debe experimentar, si se recuerda que independientemente de las diversas manifestaciones cutáneas, los especiales instrumentos de este sentido pueden en parte ó en totalidad destruirse por el padecimiento.

La perversion ó pérdida del gusto determina una alteracion general inmediata. El *apetito* se hace caprichoso y aun se pierde por completo. Las *digestiones* son muy penosas y los enfermos refieren *calambres*, dolores y punzadas en el estómago determinadas quizá por la abstinencia voluntaria que se imponen.

El *instinto sexual* disminuye en general, en razon de los progresos del mal, á pesar de que los medios de la antigüedad y los de la Edad media han indicado gran tendencia al cóito en los leprosos. Nosotros creemos estos casos muy excepcionales en nuestros días, y cuando la enfermedad está avanzada, la abolicion de las facultades viriles es un síntoma constante.

Exista ó no lesion en los huesos, la locomocion se altera profundamente. En la última fase de su existencia el leproso se arrastra con dificultad, y termina por conservar la posicion horizontal fatigándole el menor movimiento.

Tales son los síntomas de las elefantiasis tuberculosa en su forma mas completa, pero lo mismo que el tubérculo puede aparecer de pronto sin ir precedido de manchas, estas pueden observarse sin que las siga el tubérculo y tampoco presentarse los fenómenos mas graves. Esta variedad es la que han descrito Danielssen y Bœck, segun Robinson con el nombre de *elefantiasis anestésica.*

Se la distingue por sus manchas lívidas ó pardas sobrepuestas de flictenas de pénfigo; se verifica una retraccion atrófica de la piel que da especialmente á la cara un aspecto característico. Estas dos variedades se complican con frecuencia una con otra; en ambas existe la misma tendencia á la ulceracion y eliminacion de los miembros. La misma caquexia que se traduce por iguales resultados. Por esto nos admira que Valleix haya dudado en referir esta segunda variedad á la elefantiasis griega.

§ IV.—Sitio.

Hemos hablado de la cara como asiento habitual de los tubérculos. tal es, en efecto, lo que mas se observa en los infelices atacados de esta enfermedad. Pero las manchas y los tubérculos invaden todas las partes del cuerpo, las orejas, los codos, el escroto, los miembros y el tronco.

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es generalmente *crónico*.

La *forma* aguda es rara.

La *terminacion* de la enfermedad hasta ahora es casi siempre la muerte, pero sobreviene en un tiempo mas ó menos lejano de la invasion. Es difícil de precisar la edad, el régimen, la posicion social, el número de complicaciones, sobre todo las accidentales muy comunes, que son otras tantas circunstancias que pueden influir en la terminacion de la enfermedad. Los casos de evolucion rápida que hacen perecer al enfermo en menos de dos años son raros. Si el enfermo se afecta antes de la pubertad la terminacion funesta se produce antes de la edad de veinte años. Por el contrario; en algunos casos, cuando la enfermedad comienza despues de la pubertad, se pueden observar despues de la caida de algunas falanjes formarse cicatrices duraderas y detenerse el mal indefinidamente. Brassac ha observado muchos casos de este género en la leprosería de la Deseada, donde encontró leprosos en este período estacionario despues de muchos años. Este tiempo de descanso definitivo puede considerarse como una media curacion, como un retroceso de la caquexia. Estos casos deben tomarse en consideracion cuando se trata de fallar sobre la curabilidad ó incurabilidad de la lepra, y sobre la oportunidad de hacer ensayos sobre el tratamiento.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Como se comprende, varían segun la antigüedad é intensidad de la enfermedad. Mientras que no han aparecido los tubérculos solo se observa una tumefaccion mayor ó menor en los puntos ocupados por las manchas. Una vez formado el tubérculo, si se incinde la piel y el producto morboso se ve á simple vista que el dermis no tiene su estructura ordinaria, está infiltrado, y esta modificacion aumenta á medida que se reblandecen los tubérculos, y esprimidos estos dan salida á una materia semejante á papilla amarillenta. El tejido celular subcutáneo está infiltrado, engruesado, adherente á la capa dérmica. El tubérculo rara vez pasa del dermis, y el tejido subyacente no participa del reblandecimiento. Las venas subcutáneas aumentan de volú-



men, y lo mismo los nervios cuya vaina y tejido celular se encuentran engruesados é inflamados á consecuencia de la ulceracion de los tubérculos.

En las mucosas casi se observan las mismas alteraciones, pero se producen con mas rapidez. La membrana pituitaria se desprovee de su epitelio, y con frecuencia se ve invadida por los tubérculos; lo mismo sucede en la laríngea traqueal y bronquial. El calibre de la laringe y parte superior de las vias respiratorias se encuentra estrechado notablemente. En todas estas mucosas se observan ulceraciones mas ó menos considerables cuando se han reblandecido los tubérculos. En los pulmones, la manifestacion tuberculosa es accidental; no sucede lo mismo en las pleuras, y sobre todo en los intestinos, donde su reblandecimiento da lugar á complicaciones mortales. En el hígado, vejiga biliar, bazo, superficie externa de la vejiga en el tejido del útero y de los riñones se presentan tambien los tubérculos, y en estos últimos órganos pueden observarse todas las alteraciones de la nefritis albuminosa. Todas estas alteraciones internas solo se observan cuando las manifestaciones cutáneas son muy avanzadas.

Mencionaremos una curiosa particularidad observada por Danielssen y Bœck, y es la presencia de una cantidad infinita de ácarus en las costras espesas de ciertos tubérculos.

En la forma anestésica se encuentra una atrofia notable de la piel en los límites en que se forman los cicatrices del pénfigo; atrofia de los músculos y de una parte del tejido adiposo subdérmico é intermuscular. Las demás alteraciones de esta forma difieren poco de las mencionadas anteriormente. Cuando en esta forma de elefantiasis faltan los tubérculos en los órganos, se encuentran casi siempre hipertrofias manifiestas y exudaciones albuminosas; iguales exudaciones se encuentran en los órganos centrales del sistema nervioso.

El análisis de la sangre hecha en diversos períodos de la enfermedad demuestra que existe una discrasia verdadera y especial. La composicion del flúido sanguíneo es anormal aun antes del depósito de los elementos morbíficos en los tejidos de la economía. El suero se encuentra en escasa cantidad; mientras que hay un exceso de albúmina y fibrina, Danielssen y Bœck han hecho observar que estos últimos elementos, sobre todo la albúmina, forman las partes constitucionales y mas esenciales de los depósitos morbíficos. Estos elementos, en exceso, disminuyen cuando se ha verificado la manifestacion tuberculosa, pero si el tiempo de descanso es muy corto pueden observarse aun acumulados estos principios en la sangre, y el análisis puede en este caso anunciar una nueva fiebre de erupcion.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

La elefantiasis de los griegos, con sus caractéres tan especiales, su curso y su sitio será difícilmente confundida con cualquiera otra

afeccion. La elefantiasis de los árabes localizada con mas frecuencia en los miembros inferiores ó en el escroto, es una verdadera linfitis de frecuente repeticion que termina por producir una intumescencia á veces considerable á la que la piel parece extraña al principio. Bastará recordar los discos escamosos, los bordes elevados y centro sano de la lepra vulgar, para evitar toda confusion con la elefantiasis tuberculosa. Cuando la enfermedad está avanzada, los desórdenes característicos de que hemos hablado la denuncian fácilmente.

El pronóstico es siempre grave; el curso, en general, invasor, con frecuencia lento, á veces rápido. Hemos hablado de los casos en que la enfermedad es estacionaria durante algunos años en un estado muy compatible con la vida.

§ VIII.—Tratamiento.

La impotencia de la terapéutica contra la elefantiasis de los griegos es un hecho demasiado averiguado en la mayoría de los casos, para que creamos de utilidad el presentar á los ojos del práctico la série de medicamentos empleados para combatirla. Se encontrarán en los autores que se han ocupado especialmente de esta enfermedad en los paises cálidos y en las comarcas frias, tales como Robinson, Adams, Ainsley, Heinken, Danielssen y Bœck. Además la mayoría de los medios son infructuosos, sea á causa del estado muy avanzado del mal, sea porque en cierto período la mucosa digestiva, tambien enferma, impide la administracion de sustáncias un poco activas.

Si acudimos á la invasion del mal, se podria, segun muchos autores, modificar las partes enfermas con *linimentos irritantes*, *lociones excitantes*; la aplicacion de *vejigatorios* sobre los puntos enfermos, recomendada por J. Robinson, ha hecho reaparecer sobre las partes enfermas la sensibilidad que parecia extinguida en enfermos tratados por Biett.—Las *fricciones resolutivas* con *hidriodato de potasa* (4 gramos por 30 de manteca), unidas á las *duchas de vapor*, durante las que se deben de malascar los tubérculos, se han preconizado para la resolucion de los tumores.

La *cauterizacion con el cauterio actual* se ha empleado ventajosamente por Biett en muchos casos graves; Larrey tambien la ha practicado con éxito.

Los *sudoríficos*, las *cantáridas*, y sobre todo las *preparaciones arsenicales*, se han alavado mucho. Biett y Cazenave han llegado, merced á estos medios, y especialmente á las *píldoras asiáticas*, á detener mas de una vez los progresos del mal.

Las preparaciones arsenicales han determinado, segun Danielssen y Bœck, la enteritis y aun la peritonitis, y entonces los tubérculos disminuyen sensiblemente de volúmen; pero tan pronto como se disipa la inflamacion, los tubérculos adquieren nuevo incremento.

En la forma anestésica han reconocido estos mismos prácticos que

las *preparaciones iodadas* hacen casi desaparecer los dolores óseos, tan frecuentemente concomitantes de esta forma, pero quedan sin sin eficacia para la misma enfermedad.

Las *emisiones sanguíneas* solo producen un alivio momentáneo al enfermo.

Las *preparaciones mercuriales* no han dado nunca resultados satisfactorios, y los creemos mas perjudiciales que útiles.

Desde mucho tiempo hace, los naturales de Para miran el zumo del *assacou (Hura brasiliensis)*, de la familia de las euforbiáceas, como remedio específico contra la lepra. Muchos médicos han practicado ensayos, pero no conocemos los resultados definitivos; pero despues de algunos meses de tratamiento, en muchos enfermos se notó una resolucion avanzada de los tubérculos, sobre todo en las partes visibles. El assacou es un agente tóxico, peligroso sino se maneja con prudencia. Obra como emético y purgante; en fricciones sobre la piel, determina una rubicundez erisipelatosa y una erupcion pustulosa.

La *hidrocotila asiática*, experimentada en la India, donde se consiguen resultados favorables, si no éxitos completos, se emplea en las Antillas desde hace pocos años.

Muchos leprosos que se encuentran en buenas condiciones por este tratamiento, estuvieron sometidos al tratamiento por un tiempo que varió entre uno y tres años. De diez enfermos del depósito establecido en Tierra Baja, afectados de lepra tuberculosa perfectamente caracterizada, salieron curados cuatro, habiéndolos visto posteriormente muchos años, sin que se desmintiera la curacion; en otros cuatro enfermos hubo notable mejoría y resolucion parcial de los tubérculos. En los otros dos enfermos uno no experimentó ningun efecto en el tratamiento, y el otro sucumbió al cabo de algunos meses (1).

Estos casos, sin ser aun muy numerosos, tienen sin embargo su importancia, sobre todo tratándose de una enfermedad tan rebelde como la lepra griega. Seria de desear que se repitieran los ensayos en todos los países en que es endémica la lepra.

La profilaxia de esta afeccion debe ante todo preocupar al médico y al legislador. Hemos visto que las modificaciones en el régimen y en las costumbres producen este terrible azote. Ante los hechos manifiestos de la herencia, el celibato es un riguroso deber para los desgraciados leprosos.

Para combatir la influencia de la herencia se ha aconsejado el cambio de clima; lo que hay de cierto es que los niños, abandonando el pais desde las primeras manifestaciones, han visto detener el mal en su curso.

(1) *Rapports inédits de MM. Walther et Moufflet, médecins en chefs de la marine à la Guadeloupe.*

ARTÍCULO II.

ELEFANTIASIS DE LOS ÁRABES (1).

Es muy probable que los médicos antiguos, los latinos por lo menos, confundieron en la misma descripcion enfermedades completamente diferentes á las que dieron el nombre de *elefantiasis*. Lucrecio, el primero, menciona el *elephas morbus*: «*Est elephas morbus qui propter flumina Nili gignitur Ægipto in medio neque preterea usquam*» (2). Creemos que esta enfermedad es la que se ha descrito mas tarde, en el siglo IX, por Rhazès y sus sucesores con el nombre *dal fil (enfermedad del elefante)*, y llamada por esta razon en nuestros dias, *elefantiasis de los árabes*, la otra elefantiasis es generalmente tuberculosa y se la da el nombre de *elefantiasis de los griegos*. La primera únicamente se asemeja á la piel del elefante; por lo demás, como en tiempo de Lucrecio, se observa con mayor frecuencia en Egipto, en las inmediaciones de Rosseta y en Lisbet, aldea de la embocadura del Nilo.

Los principales trabajos sobre esta materia se deben á Hendy (3), Hillary (4), Rich, Towne (5), Larrey (6), W. Ainslie (7), Fuchs (8), Hasselaar (9), Sinz (10), Rayer (11), Caradec (12), Duchassaing (13). En fin, Alard, que no ha observado la enfermedad en los puntos en que es endémica, ha publicado un Tratado que al lado de afirmaciones erróneas, consecuencia de una observacion incompleta, figuran datos muy ingeniosos (14).

(1) Este artículo se ha redactado por el doctor Brassac, médico de 1.ª clase de la marina.
(2) Lucrecio, *De rerum natura*, lib. V.
(3) J. Hendy, *A treatise on the glandular Disease of Barbadoës*. London, 1784.
(4) Hillary, *Observ. on the Changes of the air in Barbadoës*, etc. London, 1757.
(5) R. Towne, *A treatise of Diseases most frequent in the West India*, etc. London, 1826.
(6) Larrey, *Relation chirurgicale de l'expédition d'Égypte*. Paris, 1803.
(7) W. Ainslie, *Observations on the Lepra Arabum (Transact. of the Royal Asiatic Society*, 1826).
(8) Fuch, *De lepra Arabum*, tésis. Würzbourg, 1831.
(9) Hasselaar, *Beschryving der in de Kolonie Suriname voorkomunde Elephantiasis en Lepra*. Amsterdam, 1835.
(10) Sinz, *De elephantiasi Arabum*. Diser. inaugural. Turici, 1842.
(11) Rayer, *Traité théor. et prat. des maladies de la peau*, 1835.
(12) Caradec, *De l'éléphantiasis des arabes*, tésis de Montpellier, 1853.
(13) Duchassaing, *Étude sur l'éléphantiasis des arabes* (*Archives générales de médecine*, año 1854 á 1855).
(14) Alard, *De l'inflammation des vaisseaux absorbants, lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés*. Paris, 1824.

§ I.—Definicion, sinonimia, frecuencia, distribucion geográfica.

Se da el nombre de *elefantiasis de los árabes* á ciertas intumescencias localizadas principalmente en los miembros inferiores ó en las partes genitales, producida por la inflamacion de los linfáticos, repitiéndose de un modo periódico y mas ó menos regular, caracterizados por una degeneracion de la piel, del tejido celular y adiposo subyacente, por la alteracion del sistema sanguíneo y linfático, y en fin, por deformaciones á veces monstruosas de las partes enfermas.

Esta enfermedad ha recibido diferentes nombres, segun los paises en que se ha observado, y las partes del cuerpo en que se desarrolla. Es la *fiebre erisipelatosa* de Hoffman y Sennert, la *enfermedad glandular de las Barbadas*, *pierna de las Barbadas (Barbadoës Leg*; Henry Towne, Millary), la *hernia carnosa* de Prospero Alpin, *Pedarthrocace* (Kœmpfer), *Andrum de los Japoneses*, llamado impropiamente *hidrocele endémico del Japon* por Kœmpfer, la misma enfermedad de Egipto fué llamada tambien impropiamente *sarcocele* por Larrey; *piernas gruesas* de las criollas en las Antillas, *Rosa* en Saint Thomas.

Esta enfermedad es rara en Europa, donde solo se ha observado en general con el carácter de crónica. Delpech la ha observado algunas veces en el Rosellon, Goyrand (d'Aix) la ha indicado en Provenza; otros médicos la han encontrado en Cerdeña, en Italia y en la Selva Negra. La elefantiasis de los árabes es endémica en todas las Antillas, principalmente en las Barbadas, en todas las regiones intertropicales de ambas Américas; en diversas comarcas de África, sobre todo en Egipto, en el litoral de 50 grados de Ceylan, en Cochin, en la costa de Malabar, en China, en el Japon, en Java, en Sumatra, y en muchas islas occeánicas de la Malasia y la Polinesia.

§ II.—Etiología.

La etiología de esta afeccion es hasta el presente bastante oscura.

Como para la elefantiasis de los griegos, es necesario hacer jugar un gran papel á los *climas*, en la produccion de esta enfermedad, pero en oposicion á lo que sucede en la primera de estas afecciones, la elefantiasis de los árabes parece limitarse exclusivamente á los paises cálidos. Además hay ciertas condiciones topográficas y meteorológicas, que en los climas cálidos contribuyen á su desarrollo. En efecto, en una misma zona, en una misma isla, la vemos desarrollarse con intensidad en unos puntos, siendo rara en otros. Reina con especialidad en las comarcas pantanosas sin abrigo de los vientos, y en las que los habitantes hacen uso del agua de lluvia y detenida; y es rara, por el contrario, en los terrenos elevados regados por aguas tor-

mentosas... Tal es nuestra observacion en las Antillas, y por la lectura de los escritos sobre la materia hemos encontrado los mismos hechos en los demás paises en que reina la elefantiasis.

El calor puede en ciertas condiciones considerarse como causa predisponente muy activa; en efecto, la traspiracion abundante que determina relaja la piel y el tejido subcutáneo; solo citaremos en apoyo ciertos desarrollos exagerados del escroto, de los grandes labios, tan frecuentes en los paises cálidos. Se comprende que estos excesos de actividad del aparato sudoríparo pueda determinar alteraciones morbosas, como la actividad del hígado determina enfermedades del órgano en iguales condiciones. Una ablucion intempestiva, un viento fresco puede determinar, durante una traspiracion abundante, repercusiones morbosas. Es curioso el ver que los atacados de elefantiasis de los árabes refieren la causa de un padecimiento á un ejercicio forzado, ó la inmersion de una parte del cuerpo ó de la totalidad en agua fria.

Se inculpa á la *carne de cerdo;* los pueblos de los trópicos, los negros sobre todo, son muy apasionados de ella, pero los judíos no la comen, y sabemos que, no solo están sujetos á las dermatosis, sino tambien á la elefantiasis de los árabes, cuando habita por paises cálidos en que es endémica la afeccion. Quizá pueda concederse influencia á la *nutricion* demasiado vegetal y en general insuficiente del negro, y tambien en ciertas islas por sus hábitos ictiófagos.

La influencia de la *sífilis* ha parecido incontestable en algunos casos. La sífilis cutánea es en efecto muy comun en los árabes y en ciertos pueblos de Africa, espuestas al mismo tiempo á la elefantiasis.

El *embarazo* puede tener su parte en el desarrollo del mal, siendo causa del edema y de obstáculo á la circulacion venosa y linfática. Lo que hay de cierto, por lo menos, es que una vez desarrollada la enfermedad puede el embarazo determinar la inflamacion y acrecentar la tumefacion.

Las *fiebres intermitentes* obran en el mismo sentido, provocando fluxiones, infartos viscerales que producen dificultad en la circulacion venosa y linfática, y consecutivamente edema y anasarca.

Solo mencionaremos los golpes, las heridas, picaduras de insectos y toda causa de irritacion de los linfáticos.

La *edad* tiene una influencia positiva; Chaussier ha presentado un caso de elefantiásis en un feto; pero no conocemos ningun caso en que la enfermedad se produzca antes de los siete á los ocho años, y aun diremos que es muy rara antes de la pubertad. La vejez tambien parece encontrarse exenta, ó á lo menos no se presenta en esta época el primer ataque. Se cree es mas frecuente en el hombre que en la mujer, en razon de esponerse mas el primero que la segunda á algunas causas que la producen.

El *contagio* no se puede admitir, y no conocemos médicos que defiendan lo contrario. La *herencia*, sin ser positiva, es admisible, pu-

diéndose comprender como tal las trasmisiones del temperamento linfático que predispone á esta afeccion.

§ III.—Sitio.

El *sitio* de predileccion de la enfermedad, es por lo general en los miembros inferiores. La enfermedad no ocupa comunmente mas que un lado, pero hemos visto casos relativamente frecuentes de elefantiasis en ambos miembros afectados consecutivamente y á la par. Por órden de frecuencia vienen la elefantiasis del escroto, del pene, del prepucio; la de los miembros superiores y de las mamas es muy rara. En estos últimos años, el profesor Karl Hecker (de Friburgo) ha observado un caso curioso y excepcional de elefantiasis en la espalda de una mujer de la Selva Negra. Constituia un enorme tumor de 38 libras, espeso, y cuya base, partiendo de la sétima vertebral cervical, llegaba hasta la primera lumbar. No podemos discutir aquí este caso, pero nos limitamos á indicar nuestras dudas sobre la naturaleza de este tumor.

Esta observacion fué el punto de partida de un interesante trabajo del profesor Hecker (1).

Se ha hablado tambien de la elefantiasis de la cara y del cuello, pero no conocemos casos de ella. ¿No se habrán tomado como tales algunos casos de lepra griega?

§ IV.—Síntomas.

Describiremos primero los *síntomas* de la forma mas comun de la elefantiasis febril.

Bajo la influencia de diversas causas mencionadas anteriormente, y á veces sin ninguna apreciable, aparece la enfermedad con los signos precursores constantes de: dolor en el trayecto de los vasos que se deben inflamar; escalofrios seguidos de fiebre intensa que dura treinta ó cincuenta horas, y despues aparece un *tinte rojizo*, manifiesto en el blanco y en el mulato, de piel clara y menos aparente en el negro; en todos se reconoce por el tacto una cuerda dura y dolorosa formada por los *linfáticos inflamados*. Este signo es patognomónico. Al mismo tiempo, como cortejo del aparato febril, se observan vómitos, cefalalgia, agitacion y aun á veces delirio. El *infarto* del miembro enfermo es general y aumenta mientras dura la fiebre, y decrece con la aparicion de sudores mas ó menos abundantes. Esto constituye una verdadera crísis conocida de los enfermos atacados anteriormente. El dolor desaparece poco despues; pero el infarto, que persiste aun algunos dias, hace la progresion difícil y dolorosa. Despues de un tiempo

(1) Karl Hecker, *Die Elephantiasis oder Lepra arabica*. Lahr, 1858, 1 vol. fólio con 5 láminas.

:ernas y el escroto están afectados, pero vemos con frecuencia :s afectados de tumores elefantiásicos enormes entregarse á un :o fatigoso y hacer largas marchas.

:s accesos de que hemos hablado se hacen muy raros, pero se cen de cuando en cuando aunque con menor intensidad. Las adas modificaciones sufridas en el dermis, las diversas produc-s que le recubren, impiden ver las manifestaciones de los linfá- y del tejido celular ambiente.

on frecuencia se observan complicaciones que no carecen de gra-d. Sin hablar del flemon que puede producirse desde el principio enfermedad, durante un ataque violento, y determinar la muer-r un exceso de supuracion, por gangrena, por absorcion puru-, ó por infeccion pútrida, diremos que en una época avanzada de fermedad pueden reblandecerse los gánglios y supurar. La piel cera con frecuencia en varios puntos, y formará abscesos aisla-n el tejido celular; los abscesos comunican muy pronto entre sí ecan los músculos, pudiendo llegar hasta el hueso. Estos se in-n, aumentan de volúmen, y se carían; pero lo mas notable es á la par que se altera el hueso se forman osteófitos y adquieren uesos las formas mas extrañas y aumentan considerablemente olúmen.

a enfermedad puede permanecer mucho tiempo estacionaria. Los ctos fistulosos pueden no establecerse ó curarse; el tejido óseo e estar exento de toda alteracion, y producirse entonces una in-cion del tejido celular tomando el aspecto de tocino; aumentan-ı induracion comprime los músculos, que se atrofian y se con-en en sustancia grasa.

'ales son los síntomas comunes de la elefantiasis de los árabes. os dicho que la forma flegmonosa era rara, y lo mismo sucede a gangrenosa. Duchassaing, médico distinguido de Saint-Thomas, ribe la forma apiréctica no mencionada antes de él. La fiebre es ó tan moderada que pasa desapercibida del enfermo. La hiper-a no difiere de la otra forma, y no presenta nunca durante los ues complicaciones flegmonosa y gangrenosa.

)uchassaing indica además otra forma que llama errática. La in-acion de los linfáticos ataca sucesivamente diversas partes del po. Sucede aquí lo que en ciertos reumatismos y erisipelas. Las s adquieren sus condiciones normales despues de desaparecer la macion; pero esta forma errática solo es la invasion de la enfer-ad, que tarde ó temprano se fijará en un punto que sufrirá todas nodificaciones que hemos descrito anteriormente.

Solo mencionaremos como recuerdo la *elefantiasis paralítica* que sac ha observado en la leprosería de la Deseada. Es la elefantia-e los árabes gravemente complicada con la de los griegos, tu-ulosa y anestésica. Esta complicacion no prueba pariedad de am-afecciones; la una no excluye la otra, y no debe extrañar el ob-

que varía entre una y dos semanas, todo entra en su órden, y un médico poco habituado en la observacion de este mal puede creer que existe una linfagitis definitivamente precisada... Despues de un período mas ó menos largo, se repite un acceso igual al primero. Los ataques son periódicos, de tipo irregular, mas ó menos próximos segun el régimen del enfermo, sus hábitos, su constitucion y una porcion de circustancias; pero á pesar de las precauciones tomadas por el enfermo, la repeticion es casi fatal. Se observan por lo comun de tres á ocho por año, y á veces menos. La curacion despues de algunos ataques es excepcional.

Los ataques siguientes recuerdan casi exactamente los primeros; y despues de cada uno, el miembro adquiere su volúmen normal, pero nunca recupera el mismo; y si los ataques son muy próximos, el miembro no se desingurgita; cada ataque que se produce en este segundo período es menos violento en los fenómenos febriles, pero determina un aumento gradual en la tumefaccion. Los gánglios linfáticos, cuya inflamacion solo habia sido pasajera é intermitente, adquieren cierto volúmen y forman bubones indolentes á veces enormes. Donde el tejido celular está condensado, como en los pliegues de las articulaciones, la hipertrofia es moderada y contrasta con las de las partes inmediatas, y de aquí la profundidad de los pliegues. La piel está lisa y lustrosa, y se van los vasos que pasan por debajo, lo que la da un tinte oscuro... Pero por poca antigüedad que tenga el mal, se producen verdaderas exudaciones, la piel se hace dura, agrisada y escamosa como en la ictiosis. Si la enfermedad ocupa las piernas en las personas poco aseadas, que andan con las piernas y los piés desnudos, el polvo se acumula sobre la piel y se aglutina con la exudacion, dándole un aspecto verrugoso...; entre las elevaciones se forman fisuras, grietas que se ulceran y dan salida á una sanies fétida. Se ha creido en la existencia de tubérculos, tanto que algunos autores han tenido la tendencia de asimilar esta enfermedad á la lepra griega; pero el lavado repetido, y la limpieza minuciosa, han hecho desprender las costras, y por debajo se ve el dermis con frecuencia denudado, y con frecuencia ulcerado.

Cuando esta enfermedad llega á un estado avanzado, pueden formarse tumores carnosos y aun tubérculos si se quiere, pero son muy raros, y solo se observan en las inmediaciones de los maléolos. Entre estos tumores y los tubérculos de la lepra griega existe una diferencia capital. En primer lugar no hay nada semejante en el desarrollo y curso de ambas afecciones; no encontramos en la que nos ocupa ni manchas insensibles, ni las lesiones generalizadas, que forman en la lepra griega una caquexia radical.

La tumefaccion de las partes puede ser enorme, un miembro puede cuadruplicar su volúmen, y la enfermedad, llegada á este punto, puede persistir mucho tiempo y ser compatible con un estado de salud general bastante bueno. La progresion es á veces penosa cuando

las piernas y el escroto están afectados, pero vemos con frecuencia negros afectados de tumores elefantiásicos enormes entregarse á un trabajo fatigoso y hacer largas marchas.

Los accesos de que hemos hablado se hacen muy raros, pero se producen de cuando en cuando aunque con menor intensidad. Las profundas modificaciones sufridas en el dermis, las diversas producciones que le recubren, impiden ver las manifestaciones de los linfáticos y del tejido celular ambiente.

Con frecuencia se observan complicaciones que no carecen de gravedad. Sin hablar del flemon que puede producirse desde el principio de la enfermedad, durante un ataque violento, y determinar la muerte por un exceso de supuracion, por gangrena, por absorcion purulenta ó por infeccion pútrida, diremos que en una época avanzada de la enfermedad pueden reblandecerse los gánglios y supurar. La piel se ulcera con frecuencia en varios puntos, y formará abscesos aislados en el tejido celular; los abscesos comunican muy pronto entre sí y disecan los músculos, pudiendo llegar hasta el hueso. Estos se inflaman, aumentan de volúmen, y se carían; pero lo mas notable es que á la par que se altera el hueso se forman osteófitos y adquieren los huesos las formas mas extrañas y aumentan considerablemente de volúmen.

La enfermedad puede permanecer mucho tiempo estacionaria. Los trayectos fistulosos pueden no establecerse ó curarse; el tejido óseo puede estar exento de toda alteracion, y producirse entonces una induracion del tejido celular tomando el aspecto de tocino; aumentando la induracion comprime los músculos, que se atrofian y se convierten en sustancia grasa.

Tales son los síntomas comunes de la elefantiasis de los árabes. Hemos dicho que la forma flegmonosa era rara, y lo mismo sucede con la gangrenosa. Duchassaing, médico distinguido de Saint-Thomas, describe la forma apiréctica no mencionada antes de él. La fiebre es nula ó tan moderada que pasa desapercibida del enfermo. La hipertrofia no difiere de la otra forma, y no presenta nunca durante los ataques complicaciones flegmonosa y gangrenosa.

Duchassaing indica además otra forma que llama errática. La inflamacion de los linfáticos ataca sucesivamente diversas partes del cuerpo. Sucede aquí lo que en ciertos reumatismos y erisipelas. Las partes adquieren sus condiciones normales despues de desaparecer la inflamacion; pero esta forma errática solo es la invasion de la enfermedad, que tarde ó temprano se fijará en un punto que sufrirá todas las modificaciones que hemos descrito anteriormente.

Solo mencionaremos como recuerdo la *elefantiasis paralítica* que Brassac ha observado en la leprosería de la Deseada. Es la elefantiasis de los árabes gravemente complicada con la de los griegos, tuberculosa y anestésica. Esta complicacion no prueba pariedad de ambas afecciones; la una no excluye la otra, y no debe extrañar el ob-

servarlas á la par en un mismo individuo en un pais en que ambas sean comunes.

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

La elefantiasis puede permanecer largo tiempo estacionaria y permitir á los enfermos entregarse á sus faenas habituales, pero no puede creerse por eso que no tenga influencia sobre la salud general y sobre la duracion de la vida. En primer lugar conocemos las manifestaciones febriles que de cuando en cuando agravan á los elefantiásicos, las complicaciones bastante numerosas que se presentan en los puntos enfermos; abscesos, úlceras atónicas rebeldes, caries óseas. Además puede haber supuraciones exageradas determinando desórdenes generales graves, dolor de estómago, afeccion héctica, diarrea particular de los negros, verdadera enfermedad de miseria, fiebre hectérica, diarrea colicuativa... Estos enfermos suelen tambien ser víctimas de la tísis, sucumben á veces á la peritonitis, á consecuencia de un enfriamiento ó de la exposicion intempestiva del miembro enfermo al agua fria.

§ VI.—Anatomía patológica.

El dermis está hipertrofiado, á veces de un modo considerable, así como las papilas comprimidas entre sí. La seccion hace ver de un modo manifiesto el espesor del dermis que puede alcanzar de 15 á 20 milímetros y aun mas. Las células del tejido celular están hipertrofiadas, no solo en su cavidad, sino en el espesor de sus paredes, y otras han desaparecido. Estas células contienen una materia gelatinosa, que sale al corte sobre todo cuando se comprime la parte. Vulpian, examinando este líquido gelatinoso en un caso de enfermedad poco avanzada, le ha encontrado compuesto: 1.° de un líquido trasparente; 2.°, de granulaciones moleculares muy numerosas; 3.°, en fin, de células y núcleos en cantidades prodigiosas (1).

Los vasos sanguíneos están muy desarrollados, principalmente las arterias; las paredes de las venas y de las arterias están engruesadas, reblandecidas, friables. Lo mismo sucede con los linfáticos que se encuentran en algunos puntos obstruidos por coágulos; los gánglios están indurados y aumentados de volúmen. Ya hemos indicado las modificaciones que pueden sufrir los músculos, las lesiones que pueden afectar los huesos. Las alteraciones viscerales que han indicado algunos autores, no tienen relacion directa con la enfermedad, y son puramente accidentales.

(1) Vulpian, *Note sur l'anatomie patologique de l'éléphantiasis des arabes (Mémoires de la Societé de biologie*, año 1856. Paris, 1857, t. III, p. 309).

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* no presenta dificultad cuando la enfermedad adquiere algun desarrollo. La lectura de los síntomas mencionados no permitirá confundirla con la elefantiasis de los griegos y la *anasarca*. Pero si se observa el primer ataque, pudiera tomarse por un *flemon difuso*, ó una *linfitis simple*, ó aun la *flegmasía alba dolens* si la enferma es una recien parida.

En un flemon no vemos las estrías rojas, y la existencia de la cuerda característica, la fiebre es de mas larga duracion, pero no es violenta de repente.

La elefantiasis de los árabes, al principio es una linfitis, pero de una naturaleza especial, caracterizada por una tendencia á las frecuentes repeticiones. Además, la fiebre desciende mas pronto que en la inflamacion simple de los linfáticos. El pais en que se observa, la la ausencia de causas traumáticas que produce la linfagitis, harán creer en la existencia probable de la elefántiasis de los árabes. Por lo demás, el tratamiento es idéntico en ambos casos.

En la *flegmasía alba dolens* la fiebre tiene mayor duracion, pero menos de violencia repentina; y se recurrirá á los conmemorativos para saber si la enferma ha tenido ataques anteriores.

El error de diagnóstico es poco posible, y no puede durar mucho tiempo.

En cuanto al *pronóstico*, diremos que es poco grave; pero como la afeccion es muy rebelde, se hace grave por las molestias que determina.

§ VIII.—Tratamiento.

Los síntomas inflamatorios de la invasion se combaten con *aplicaciones emolientes*, *baños templados*, y las *emisiones sanguíneas*. La *sangría* abrevia la duracion de los accesos, pero su utilidad es dudosa en el período crónico.

Mientras dura el ataque el enfermo permanecerá en la cama; la parte afecta colocada en posicion que facilite el curso de la sangre al corazon.

Producen buenos resultados los *purgantes ligeros* frecuentemente repetidos.

Hardy eleva el *óxido de zinc sublimado* empleado como antiespasmódico; Biett ha administrado el *acónito*, y otros *preparaciones arsenicales*, pero se han abandonado estos medios.

Rayer en Francia, Mestre en Algeria, diversos médicos en los paises cálidos, han preconizado las *escarificaciones profundas* á gran distancia entre sí. Siempre que las hemos empleado hemos visto ceder la tumefaccion momentáneamente y de un modo notable.

La *compresion* es un medio en el que se ha insistido mucho y ha producido curaciones. Es aplicable sobre todo, dice Rayer, en los casos de elefantiasis de los miembros, constituida por hipertrofia del tejido celular sin infiltracion de serosidad. Las *fricciones resolutivas*, las *duchas de vapor*, pueden emplearse al mismo tiempo que la compresion, y aun despues de la curacion deben llevar los enfermos una *media elástica* ó un *vendaje compresivo*.

Dufour, de Dainville (Pas-de-Calais), ha empleado la *compresion de la femoral* con un vendaje de resorte parecido á los vendajes herniarios. En cinco casos Dufour ha obtenido cuatro curaciones demostradas despues de muchos años. Este medio parece muy racional; obra como una ligadura sin tener sus inconvenientes.

La *ligadura de la arteria* principal del miembro enfermo se ha intentado en Inglaterra y en América. Carnochon dió á conocer en 1852, los resultados de este método y en aquella época habia practicado ya cinco veces la ligadura de la arteria principal del miembro siempre con éxito. Stathons, Ogici (de Charlestown), Erichsen y mas recientemente Butcher, imitaron esta conducta, que hasta entonces habia dado resultados satisfactorios; pero ¿son duraderos?

El periódico inglés *The Lancet* (10 Febrero 1860, p. 46) contiene una nueva observacion. Esta vez se ligó la arteria iliaca externa. No sobrevino ningun accidente y todo hizo esperar una curacion completa (1).

La cuestion de la *amputacion del miembro* enfermo ó la eliminacion de la tumefaccion no se ha aceptado por todos los médicos del mismo modo. Se cree que la amputacion no impedirá que la afeccion se propague por la parte de miembro conservado ó se propague á los demás. Este temor no es fundado y lo prueban numerosos hechos; los médicos de los paises cálidos separan con frecuencia tumores elefantiásicos del escroto, y los miembros gravemente atacados de supuracion y de caries. Pocos enfermos sucumben, y los amputados, una vez curados, pueden procurarse subsistencia. Nosotros hemos practicado en semejantes circustancias la desarticulacion de la rodilla tres veces, una vez la del codo, y otra la amputacion de la pierna; y no solo no hemos perdido ninguno de nuestros operados, sino que hemos conseguido la curacion no desmentida muchos años despues de la operacion. (Brassac.)

(1) Véase *Gazette hebdomadaire*, 16 Mayo 1866.

LIBRO DÉCIMOTERCERO.

ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

Hemos querido consagrar un capítulo á las afecciones de los órganos de la vision, no con el objeto de invadir el dominio de la cirujía, sino para relacionarlas con las diátesis de que dependen, con aquellas enfermedades acerca de las que todos los dias se consulta al médico, sea ó no especialista. Por otra parte, esas mismas afecciones solo exigen un tratamiento médico exclusivamente.

Ojeada histórica.—El Egipto, pais clásico de las oftalmías, ha producido los mejores oculistas del mundo; pero tanto la práctica de los egipcios, como la de los griegos fué siempre tosta y empírica.

Los romanos y los árabes no avanzaron mucho mas en este punto. Y es preciso venir hasta el siglo XVIII para hallar médicos instruidos y concienzudos que comprometieran sus nombres dedicándose al estudio de las enfermedades de los ojos, hasta entonces abandonadas á los charlatanes y á los oculistas ambulantes. En 1703, Maitrejean descubre la verdadera naturaleza de la catarata. En 1722, Saint-Yves preconiza el nitrato de plata, cuyo uso presta cada dia mejores servicios. Anel (1713), Janin (1772), J. L. Petit (1732-1744), Daviel (1746), publican interesantísimas Memorias, que sirven despues de base á los trabajos de Scarpa en Italia, de Beer en Alemania, de Sichel y de Velpeau en Francia, y de Mackenzie en Inglaterra. Cuanto se referia á las inflamaciones de las membranas externas, se describió entonces sin la menor dificultad; el diagnóstico era completamente exacto, y las indicaciones terapéuticas no podian deducirse con mayor lógica. A pesar de esto, los médicos de la anterior generacion carecieron del conocimiento de las alteraciones de las membranas profundas. Desde que se inventó el oftalmóscopo puede asegurarse que recibió nuevo y poderoso impulso el estudio de las afecciones de los ojos. Helmhotz, descubriendo la manera de alumbrar el fondo del ojo y de leer, por decirlo así, sin obstáculo alguno, todas las alteraciones del cuerpo vítreo, de la coróides y de la retina, pudo levantar su reputacion en la historia de la medicina á igual altura que las de Laennec y de Avenbrugger. Porque, efectivamente, gracias á él, fué como Albert von Graefe, Desmarres, Sichel, Arlt,

Donders, Gosselin (1), Follin (2), Foucher, Liebreich, Wecker, Galezowski y otros varios pudieron hacer de la oftalmología una ciencia nueva y precisar con seguridad casi matemática las alteraciones de las membranas profundas y todo cuanto se refiere á los vicios oculares.

Division.—Trataremos sucesivamente: 1.°, de los *medios conocidos para explorar* el ojo, y con especialidad de la *oftalmoscopia;* 2.°, de las *inflamaciones* anejas á dicho órgano, de las de los *párpados* y de las de las *vias lagrimales;* 3.°, de las alteraciones de la *córnea;* 4.°, de las enfermedades del *iris;* 5.°, con bastante concision, de las afecciones del *cristalino* y del *cuerpo vítreo;* 6.°, de las alteraciones orgánicas y funcionales de la *coróides* y de la *retina;* 7.°, de las enfermedades del *globo ocular considerado en conjunto;* 8.°, de las perturbaciones de la *acomodacion* y de *refraccion.*

CAPÍTULO PRIMERO.

Exámen del ojo (Oftalmoscopia).

La primer cosa de que el médico deberá preocuparse, cuando tenga delante de sí un enfermo, consistirá en el exámen de sus ojos, sin lo cual no hay diagnóstico posible. Ahora bien; este exámen abraza dos operaciones principales: la primera, que solo al médico corresponde, es la *exploracion objetiva* del órgano; la segunda, reducida á que el enfermo refiera las diferentes sensaciones que experimenta y los cambios que sufre en su vision, es lo que llamamos *exploracion subjectiva.*

I. *De la exploracion objetiva del ojo.*—Para estudiar las alteraciones de las superficies del ojo basta la luz del dia. El médico recorre sucesivamente todas las partes anejas á dicho órgano, las cejas, la cara externa de los párpados y sus bordes libres; fija la atencion en la direccion de las pestañas, asegurándose del modo como se hallan implantadas y dirigidas normalmente, y despues examina la conjuntiva, membrana accesible á la vista por gran parte de su extension. Para reconocer las alteraciones de la conjuntiva palpebral, se ve en la precision de volver los párpados y poner al descubierto su superficie conjuntival, mediante manipulaciones especiales. El exámen de la conjuntiva del párpado inferior es muy sencillo: basta atraer ligeramente por debajo la piel del párpado para que quede á la vista la conjuntiva, no existiendo dificultad alguna sino en los casos de fotofobia y de blefarospasmo. Pero de ningun modo hay siempre idéntica facilidad para inspeccionar la conjuntiva oculta bajo el párpado

(1) Gosselin, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*
(2) Follin, *Leçons sur l'exploration de l'œil.* Paris, 1863.

superior. «Es absolutamente necesario invertir todo el párpado, de abajo arriba si ha de apreciarse como corresponde la extension de la mucosa. Con dicho objeto, se aplica la yema del dedo índice sobre la superficie cutánea, y la del pulgar en el borde libre del párpado; despues se manda al enfermo que mire decididamente hácia abajo; mientras se recoge la parte superior del párpado de alto abajo, y sobre todo de delante atrás, hay que atraer el borde libre hácia adelante, y por poco que repitamos la operacion, el párpado se volverá de abajo arriba, sin el menor esfuerzo y de manera que la supeficie mucosa resulte hácia adelante, la superficie cutánea hácia atrás y el borde libre hácia arriba (1).» Por el procedimiento referido, se descubren las menores alteraciones de la conjuntiva y con especialidad las granulaciones, que tanta importancia tienen en las oftalmías del ejército; y del mismo modo se ponen á la vista todos los quistes del párpado superior y las diferentes lesiones de los conductos excretores de la glándula lagrimal. Despues del anterior exámen, se obliga al enfermo á que cierre y abra sus párpados alternativamente, con el fin de averiguar si son ó no libres los movimientos que ejecutan y si las relaciones que guardan entre sí y con el globo del ojo permanecen intactas.

Las vias lagrimales manifiestan sus alteraciones por medio de la hinchazon, por segregar lágrimas de una manera exagerada *(epífora)* y por su derrame sobre las mejillas *(lagrimeo)*. Basta la inspeccion mas sencilla para demostrar los hechos anteriores. Sin embargo, cuando tratamos de reconocer el obstáculo que impide la circulacion normal de las lágrimas, hay que recurrir á ciertos procedimientos especiales. Si existe un tumor al nivel del saco lagrimal, por cuya presion se consigue que las lágrimas refluyan por los puntos lagrimales, hay que convenir en que estos y los conductos pertenecientes á ellos se encontrarán casi libres, y que el obstáculo residirá con preferencia en el mismo conducto nasal. Siempre que sospechemos pueda existir una alteracion de los puntos y de los conductos lagrimales, será preciso examinarlos de un modo directo, invirtiendo algo los párpados hácia adelante para que se descubra el orificio del conducto lagrimal, é introducir despues en dicho orificio un pequeño estilete capaz de recorrer toda la extension del conducto lagrimal. Muchas veces hay que efectuar inyecciones á fin de convencerse de la mayor ó menor facilidad con que el líquido recorre los conductos lagrimales. Para conseguir dicho objeto, la mayor parte de los cirujanos usan la sonda de Anel; pero con ella se hace la operacion á pulso, por decirlo así, y en su consecuencia experimentan algunas dificultades. Fano prefiere utilizar cierto aparatito (fig. 71) compuesto de un depósito de cobre ó de cualquier otro metal, de forma esférica, de una cuarta parte de litro de capacidad próximamente y provisto de dos aberturas,

(1) Fano, *Traité pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 4.

una superior (O), y otra lateral (O′). A la primera adapta una bombita impelente (P), y á la segunda un tubo flexible (T T T T), dotado por cada extremidad de un suplemento de cobre (A A) ó de otro metal con una llave que puede abrirse ó cerrarse voluntariamente para dejar que corra ó para que se intercepte la columna líquida que debe atravesar el tubo. En fin, por la extremidad libre de dicho tubo se atornilla una cánula de Anel (C), recta ó encorvada. El mecanismo de ese instrumento se comprende sin dificultad. Se comienza por introducir en el recipiente agua ó un líquido medicamentoso cualquiera, teniendo la precaucion de no llenarle mas de las tres cuartas partes. Se atornilla luego, por una parte, el tubo, cuya llave (A) se cierra, y por otra la bombita (P); se procura en seguida que funcione el piston de esta última, y como consecuencia de ello entra en el recipiente cierta cantidad de aire, quedando de tal modo la columna líquida sometida á una presion, que será tanto mayor, cuanto mas se comprimiera antes el aire. La columna líquida, que salga por el tubo (T T T) debe tener asímismo una fuerza correspondiente al volúmen de aire acumulado dentro del aparato. Entonces se atornilla la cánula al extremo libre del tubo, y cogiendo este con la mano, se introduce la punta de dicha cánula en el lagrimal inferior, para que luego que haya penetrado profundamente dentro del conducto pueda abrirse la llave (A). En el mismo instante, y *sin que el cirujano tenga que hacer esfuerzo alguno,* llega al conducto lagrimo-nasal una columna líquida de idéntico diámetro que el de la cánula; y segun la mayor ó menor permeabilidad de dicho conducto invade mas ó menos la nariz y la garganta mientras que refluye por el punto lagrimal superior.

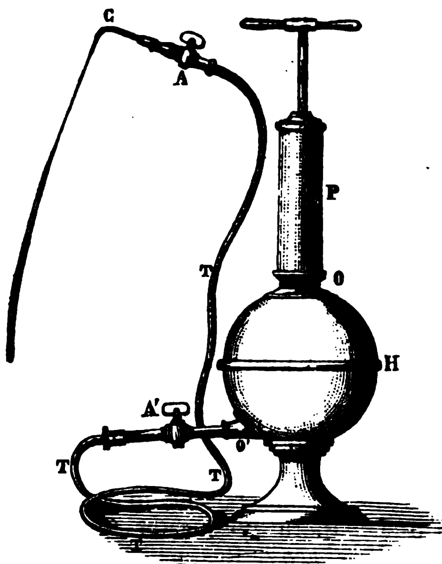


Fig. 71.—Bomba para hacer inyecciones en los conductos lagrimales.

El exámen del globo del ojo permite inspeccionar el conjunto del órgano y estudiar cada una de las partes que lo constituyen. Puede ser aquel mas voluminoso que en el estado normal, de cuya suerte sobresale entre los párpados, incapaces entonces de cubrirle completamente. La proyeccion del ojo se observa en los casos de hidroftalmía, tumores de la órbita bocio exoftálmico, etc.

Cuando el ojo está atrofiado, se recoge hácia atrás, se deforma mas ó menos y ofrece en el momento de la presion una blandura inesperada. De la misma manera importa determinar la direccion y extension de los movimientos del globo del ojo. «Siempre que esté cerrado el ojo normal, habiendo estrabismo sencillo (1), el enfermo podrá dirigir el otro del modo que desee. Ambos ojos podrán sufrir el estrabismo, aunque solo aparezca la desviacion en uno de ellos. Para reconocer esta enfermedad, en caso de estrabismo convergente, por ejemplo, se cubrirá el ojo cuya direccion parezca normal, poniendo la mano sobre él, y se procurará que el enfermo mire hácia adelante con el otro del cual se sospeche experimente desviacion alguna. Observando entonces el ojo oculto debajo de la mano, podremos decir que hay doble estrabismo si dicho ojo fluctúa; pero si queda derecho es que no experimenta la menor afeccion y que únicamente el libre se halla extraviado. En el estrabismo monocular, el ojo enfermo sigue los movimientos del sano; pero solo este es el que ve los objetos. Ahora bien; si el estrabismo es poco divergente cesa desde el instante en que se dirigen las miradas hácia los objetos lejanos; pero si, por el contrario, lo es mucho, cesa cuando se examinan objetos muy próximos. Cuando el estrabismo depende de una parálisis ó de una retraccion muscular, es imposible hacer que el ojo efectúe movimientos opuestos á su direccion mórbida, aun cuando se procure cerrar préviamente el sano...

La inspeccion de las membranas constitutivas del globo ocular se verifica separando los párpados suavemente, lo que es fácil cuando no hay fotofobia con blefarospasmo. Pero cuando ambos fenómenos se manifiestan en los niños, lo que suele suceder cuando hay oftalmía pustulosa es absolutamente preciso recurrir á unos elevadores (figura 72) que se introducen por debajo de los párpados y que los desvian en seguida.



Fig. 72.—Elevador de los párpados.

Con auxilio de la luz del dia puede generalmente apreciarse de una manera exacta el estado de la conjuntiva bulbar, el de la esclerótica y el de la córnea. Las ulceraciones y la opacidad de esta última membrana se revelan perfectamente al observador cuando tienen mucha extension; sin embargo, debe preferirse para reconocerlas la luz artificial y el alumbrado oblícuo. Las enfermedades de la cámara

(1) Wharton-Jones, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduction et annotation par Fourcher, 1862, p. 12.

anterior, las modificaciones del íris y de la pupila, y la opacidad del cristalino y del cuerpo vítreo, exigen del mismo modo la intervencion de la luz artificial concentrada por medio de un espejo cóncavo ó de una lente. El alumbrado artificial permite que resalten mejor todos los matices y detalles de las diferentes alteraciones á que nos referimos.

Del alumbrado lateral del ojo.—Hallándose sentado el enfermo enfrente del médico, se colocará al lado de aquel, hácia la altura de su cabeza y algo delante una lámpara provista ó no de reflector. Tomará luego el observador una lente biconvexa de dos pulgadas y media de foco; la situará sobre el trayecto de los rayos luminosos, y la inclinará de varios modos con el objeto de que la luz converja hácia todos los puntos que quieran examinarse. Tambien puede servir en lugar de la luz artificial de una lámpara, la natural que penetre en la habitacion á través de cualquier ventana bien situada, aunque generalmente sea preferible la primera. De todos modos, la lente deberá mantenerse á los 5 centímetros próximamente del globo del ojo, y bastarán algunos movimientos hácia adelante ó hácia atrás para que los rayos luminosos lleguen á las distintas profundidades. El alumbrado lateral permite que se distingan fácilmente las alteraciones de la córnea, su mayor ó menor opacidad, sus ulceraciones y su conicidad, cuya altura se halla en relacion de la sombra que proyecta, sobre el lado falto de luz. Las alteraciones de conformacion de la córnea se aprecian todavía por otros medios. Así es que puede presentarse delante de cada ojo la luz de una lámpara y examinar comparativamente la magnitud de la imágen reproducida por ambas córneas. Estando dispuesta la lámpara á igual distancia de cada ojo, las imágenes de las dos córneas deberán ser iguales tambien, cuando no tengan la menor alteracion. En el caso contrario, la imágen mayor pertenecerá á la córnea cuya curvatura tenga un radio mas extenso. Cuando la opacidad de la córnea sea excesivamente tenue y por tal concepto escape al análisis, podrá aumentarse haciendo uso de la *lente de Brücke*, que ensancha los objetos y tiene el foco suficiente para que los cirujanos no se vean obligados á aproximarse mucho al ojo del enfermo.

Las dilataciones de la cámara anterior, los cuerpos extraños que en ella puedan fijarse y las membranas falsas se reconocen muy bien por medio del alumbrado oblícuo; pero este aun da mejores resultados cuando se le aplica para examinar el íris y la pupila. Todos los cambios de forma y de coloracion se aprecian tambien perfectamente del mismo modo. Una de las cosas mas útiles en la práctica, consiste en averiguar los diversos diámetros de la pupila y sobre todo su contractilidad. La simple inspeccion de ella basta para formarse aproximadamente una idea de su diámetro, mucho mayor entre los jóvenes que entre los adultos. Respecto de estos, el término medio de dicho diámetro es 6^{mm},2, el máximum 7 á 8^{mm}, y el mínimum

2 milímetros (1). Para reconocer su contractilidad hay que cerrar el ojo sano, abrir bruscamente el enfermo, y observar lo que suceda en el momento que hiera á este la luz de una manera súbita. Por regla general, toda pupila que se contrae bien, se dilata de igual suerte; sin embargo de que el íris puede permanecer fijo en virtud de determinadas adherencias y no prestarse como corresponde al movimiento de dilatacion. Este hecho se demuestra empleando agentes midriáticos, tales como la belladona, y sobre todo el sulfato de atropina. Despues de haber efectuado muchos experimentos con la referida sal, Follin se contenta con una solucion muy débil:

Agua............. 100 gram. | Sulfato de atropina..... 1 centígr.

Instilando algunas gotas de dicha solucion dentro del ojo, se provoca en el espacio de diez minutos próximamente una dilatacion de la pupila muy á propósito para explorarla mediante el alumbrado oblícuo, del campo pupilar y del cristalino, cuyas estrías aparecen con notabilísima limpieza siempre que existen cataratas blandas.

Cuando se debe llevar mas adelante la investigacion del ojo, estudiar las alteraciones del cuerpo vítreo, y dar cuenta del estado de la coróides y de la retina, son insuficientes todos los medios de que acabamos de hablar é indispensable por lo tanto recurrir á los *oftalmóscopos propiamente dichos*, ó lo que es lo mismo, al alumbrado directo.

Del alumbrado del fondo del ojo por medio del oftalmóscopo.— Helmholtz (2) fué el primero que demostró porqué queda oscuro en el hombre el fondo del ojo, y cómo puede conseguirse alumbrarlo. Su precioso descubrimiento, llevado á la precision desde el principio, ha prestado los mejores servicios en oftalmología y dado lugar á muchos trabajos sobre cuya importancia ya no se discute hoy.

En un libro de esta naturaleza seria supérfluo tratar con extension de la teoría del oftalmóscopo, por lo cual recomendaremos al lector el excelente Tratado de Follin, y el artículo con que ha enriquecido Liebreich la gran obra de Mackenzie (3). Basta saber que los rayos luminosos reflejados por la retina se absorben parcialmente por el íris y la coróides; que los que salen fuera de la pupila van á buscar el foco al punto de donde proceden, siguiendo su direccion de entrada, y que, por lo tanto, es preciso para ver la retina que el observador se coloque en el camino de los rayos reflejados, es decir, delante del ojo que se examine. Pero, como en este caso, el observador desempeña papel de pantalla, sustituyendo su propio cuerpo que

(1) Follin, *Leçons sur l'exploration de l'œil*, 1863, p. 15.

(2) Helmholtz, *Beschreibung eines Augenspiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden Auge*. Berlin, 1851.

(3) Liebreich, *De l'examen de l'œil au moyen de l'ophthalmoscope*, en Mackenzie, *Traité pratique des maladies de l'œil*. Paris, 1856, t. II, p. 1, trad. Warlomont.

bajo concepto alguno es luminoso por el foco de luz susceptible de alumbrar el fondo del ojo, han tenido que inventarse determinados instrumentos que obvien la dificultad, y en los cuales deben existir las condiciones siguientes:

1.° *Alumbrar el fondo del ojo.*—Se coloca una lámpara al lado de la cabeza del enfermo, teniendo cuidado de mantenerla en la sombra por medio de una pantalla; y se reciben los rayos luminosos que aquella emita sobre un espejo cóncavo, de acero pulimentado ó de vidrio estañado. Dichos rayos reflejados y dirigidos hácia el fondo del ojo, vuelven á reflejarse, siguiendo una marcha paralela á su línea de inmersion. Ahora bien; practicando un agujerito en el centro del espejo reflector, el ojo del médico que mire á través del expresado agujerito se hallará sobre el trayecto de los rayos emanados del fondo del ojo, y podrá distinguir las imágenes, aunque de una manera imperfecta.

2.° *Comunicar mayor claridad á las imágenes y ampliarlas.*—Con dicho objeto hay que emplear lentes biconvexas y bicóncavas, para situarlas entre el ojo del enfermo y el espejo reflector. Las lentes *biconvexas* dan una imágen *real aérea invertida* y de una magnitud proporcional al foco de la lente, pero siempre *achicada*. Las lentes bicóncavas dan una imágen *virtual directa* y *ampliada constantemente*.

Las dos figuras inmediatas sirven para explicar la marcha de los rayos luminosos, y la formacion de las imágenes en uno y otro procedimiento para examinar los ojos, ya por medio de la imágen invertida, ya por medio de la imágen directa.

1.° TEORÍA DEL OFTALMÓSCOPO (*imágen invertida*, fig. 73).

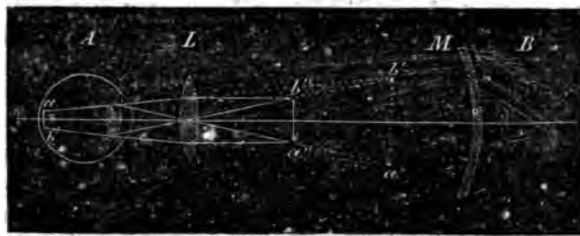


Fig. 73.—Teoría del oftalmóscopo.—Imágen invertida: *A B*, imágen de la retina, hallándose esta membrana alumbrada por los rayos que el espejo oftalmoscópico *M* proyecta en el fondo del ojo, partiendo los rayos de *a b*, atravesando los medios refrigentes del ojo y yendo á formar una imágen aérea, invertida y ampliada en *a′ b′*, punto de la vision distinta del ojo observado. Si se aplicara una lente biconvexa sobre el ojo observado, la imágen *a′ b′* se formaria en *a″ b″*, es decir, que seria mas pequeña, y mas clara y estaria mas próxima al ojo que se examinare. Si se dispusiere una lente biconvexa delante del ojo del observador, la imágen *a″ b″* aumentaria y se aproximaria al ojo observado, segun la teoría de la lente.

2.° TEORÍA DEL OFTALMÓSCOPO (*imágen directa*, fig. 74).

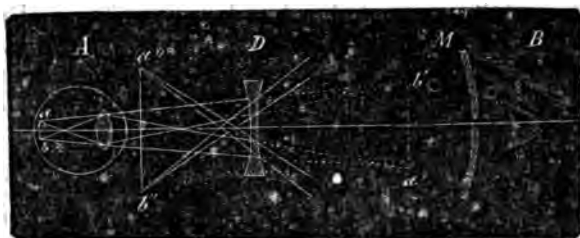


Fig. 74.—Teoría del oftalmóscopo.—Imágen directa: A B, imágen de la retina del ojo observado. Si examinamos dicho ojo con el espejo oftalmoscópico simple, la imágen *A B* se formará en *a' b'*, y como en el caso anterior será invertida; pero si interponemos la lente bicóncava *D*, cuyo foco principal caiga dentro de *a' b'*, los rayos que partan de *A B* para dirigirse sobre la cara correspondiente de la lente divergerán, y la imágen *A B* aparecerá representada por una imágen virtual *a'' b''* ampliada. Supongamos ahora que en lugar de permanecer á cierta distancia del paciente, nos colocamos muy cerca; entonces el ojo observado hará oficio de *lente* con relacion á la imágen de la retina, y podremos ver esta directa y extraordinariamente aumentada. Aplicando luego á nuestro ojo un cristal bicóncavo podremos ver la imágen virtual directa y mas pequeña. (Fano.)

Oftalmóscopos.—Todos los oftalmóscopos suponen: 1.°, un *foco luminoso:* el que sirve ordinariamente es el de una lámpara sencilla ó provista de reflector; 2.°, un *reflector* colocado delante del ojo del observador y provisto de un agujero en el centro. Los *reflectores* son metálicos ó de vidrio estañado, por mas que se prefieran ordinariamente los últimos. Follin (1) usa casi siempre un espejo cóncavo de cristal de 25 centímetros de foco, estañado por todas partes, menos por el centro, donde falta el espacio de un círculo de 4 milímetros de diámetro. Este espejo se coloca en un marco que puede atornillarse sobre un sosten. Detrás del espejo referido hay un círculo, donde es fácil disponer y fijar, con el auxilio de varillas movibles, lentes biconvexas ó bicóncavas para uso de los míopes y presbitas; 3.°, *lentes*. Para seguir el *procedimiento de la imágen invertida*, lo que se usa con mas frecuencia son lentes biconvexas de dos ó tres pulgadas de foco, aunque si se deseara obtener una imágen mayor podria emplearse una lente de tres ó cuatro pulgadas de foco. Tratándose del *procedimiento de la imágen directa*, Follin aconseja los números 8, 15 y 20.

Los oftalmóscopos se dividen en dos categorías, segun el ajuste de las diferentes piezas que los constituyen, á saber: 1.°, los *oftalmóscopos movibles*, donde los reflectores y las lentes están aislados y mantenidos separadamente por las manos del observador, propios de

(1) Follin, *loc. cit.*, p. 49.

personas ejercitadas en el manejo del oftalmóscopo, y que son los que se emplean con mas frecuencia; 2.°, los *oftalmóscopos fijos*, cuyas lentes y reflectores se colocan en aparatos que varían, segun el inventor, muy útiles para todas las demostraciones clínicas, donde es necesario hacer un exámen prolongado de los ojos, y á propósito tambien para iniciar á los principiantes en el conocimiento de la imágen de la retina, que no pueden ellos percibir sino muy difícilmente, despues de largos ejercicios y de muchos tanteos con los oftalmóscopos movibles. El número de los oftalmóscopos fijos es ya bastante considerable. Algunos son muy caros y de poco uso entre los prácticos. Bastará, por consiguiente, que mencionemos los mas sencillos para dar una idea del principio sobre que descansan y de su modo de usarlos.

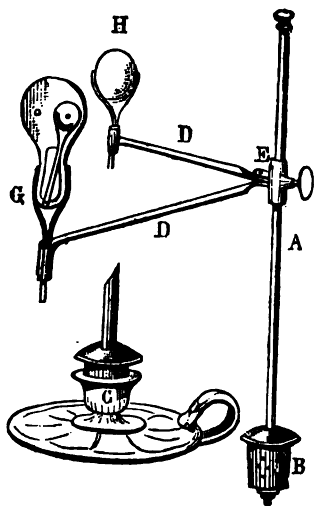


Fig. 75.—Porta-oftalmóscopo de Desmarres hijo.

1.° *Porta-oftalmóscopo de Desmarres hijo* (fig. 75).—Consiste en un sosten sencillo, donde se adapta el oftalmóscopo ordinario. Se compone: 1.°, de una varilla principal de acero A, donde se colocan las otras partes del instrumento, y que se halla provista de un tapon de corcho B por unas de sus extremidades, para disponerla sobre cualquier; 2.°, de dos ramas articuladas, fijas horizontamente sobre la varilla en E, una que sostiene el espejo G, y otra que lleva la lente H. Ambas ramas se aproximan ó se separan voluntariamente, manteniéndose fijas sobre el tallo perpendicular.

2.° *El oftalmóscopo de Gillet de Grandmont* (fig. 76) se compone de una plaquita cóncava, susceptible de encajar exactamente en la base de la nariz, y que se halla soldada á dos ramas encorvadas en forma de anteojeras, para que aplicándose sobre el contorno de la órbita, den al instrumento extraordinaria fijeza. Sobre la placa va soldada una de cobre, en cuyo interior hay un resorte con una rama doblemente articulada, y á propósito para alojar una lente, movible de este modo en todas direcciones. Un tornillo, el cual pone en movimiento al resorte, sirve para cambiar la distancia focal de la lente. El instrumento debe sujetarse por medio de cordones elásticos que se atan en la parte posterior de la cabeza del enfermo. La lente se halla abrazada por un círculo de acero, provisto de cierto apéndice que existe en la vainita del tallo anejo al resorte. De esta disposicion resulta que una vez colocado el instrumento, pueda cambiarse la lente y darla mayor ó menor foco, y que imprimiendo un movimiento de rotacion al resorte pueda aproximarse mas ó menos la lente del ojo su-

jeto á la observacion. En la caja que encierra el aparato precedente debe existir tambien un espejo reflector cónico.

Este oftalmóscopo se usa con mucha facilidad, no es caro y permite tener una imágen fija del fondo del ojo.



Fig. 76.—Oftalmóscopo de Anatolio Gillet de Grandmont

3.° El *oftalmóscopo de Nachet y Follin* (fig. 76), aunque mas complicado, presta mejores servicios á los profesores dedicados á hacer demostraciones clínicas. Follin consigna en su obra la descripcion siguiente:

Se compone de un tubo formado de otros dos de cobre A, que se mueven entre sí por medio de una cremallera *f* y una armella de engranaje *c*. En uno de los extremos de dicho tubo se coloca un espejo cóncavo *a*, de 25 centímetros de foco, estañado, excepto por el centro, y movible alrededor de uno de sus diámetros, de manera que pueda variar sus inclinaciones. En el extremo opuesto existe una lente biconvexa *b*. Por consecuencia del movimiento de ambos tubos, el espejo y la lente se aproximan ó se alejan, segun convenga. El cuerpo del instrumento, provisto interiormente de diafragmas, puede girar sobre su eje, lo cual permite que se busque la luz en todas direcciones; y además se encuentra sostenido por una varilla *gg* susceptible de subir ó bajar mediante una cremallera *h* y fija con una pieza *y* á una mesa *i*. De la parte interior de dicha varilla parte otra horizontal *ll* que sostiene en su terminacion un segundo tallo vertical *nn*, movible y que concluye con una lámina cóncava *k* para que el observador coloque en ella su barba. Sobre el cuerpo del instrumento hay una varilla articulada *d*, movible, y que termina en una bola *e*, que sirve para dirigir el ojo del enfermo. Otra varillita articulada en forma de rodilla y colocada entre el tallo principal y el instrumento permite imprimir al cuerpo del aparato movimientos de arriba abajo.

4.° *Oftalmóscopo de Galezowski* (fig. 78).—Es un oftalmóscopo fijo que lleva consigo su cámara oscura, y que se destina á facilitar el exámen de los ojos en las salas de hospital y en el lecho de los enfermos, ya estén *sentados* ó *acostados*.

La figura 78 da clara idea del aparato y de la manera de aplicarlo.

Se compone de tubos enchufados como los de cualquier anteojo, y se halla provisto por una extremidad de un rodete elástico. Tiene

una lente biconvexa C, colocada dentro del tubo y á una distancia definida con anticipacion. Por la otra extremidad lleva una escotadura

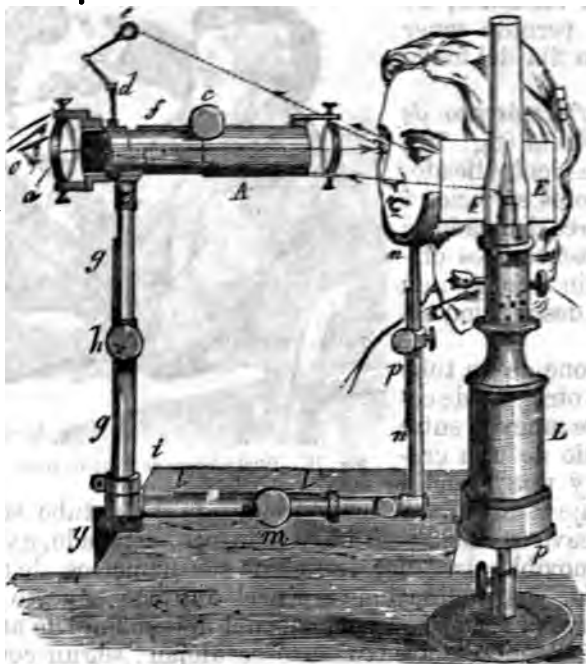


Fig. 77.—Oftalmóscopo fijo de Follin y Nachet (Follin, *Leçons sur l'exploration de l'œil*,)

oval, á cuya terminacion se encuentra un espejo cóncavo y movible B, el cual por un doble movimiento puede volverse del lado de la lámpara A, concentrar la luz y proyectarla en segunda hácia dentro sobre la lente fija allí. Detrás del espejo hay un cristal convexo para que la imágen resulte mas clara. Los presbitas podrán observar así con auxilio de dicho cristal mejor que directamente, y en cuanto á los míopes tambien percibirán las imágenes con igual claridad, siempre que reduzcan algo la longitud del tubo. La varilla articulada D, que termina en bola, sirve para fijar los ojos del enfermo en el sentido que convenga (1).

5.° *Oftalmóscopo binocular de Giraud-Teulon.*—Con los anteriores

(1) Galezowski, *Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique, etc.*, tésis de Paris, 1866, p. 4.

instrumentos, solo puede efectuarse el exámen por medio de un solo ojo. «Uno de los mejores descubrimientos hechos en esta época es el de Giraud-Teulon, constructor de un oftalmóscopo á propósito para con ambos ojos á la vez observar, y aprovechar todas las ventajas de la vision esterioscópica. Dicho autor ha colocado sumamente próximos y detrás de un espejo oftalmoscópico ordinario dos prismas romboidales A y B, con ángulo de 45 grados. Dichos prismas se hallan dispuestos de tal suerte que sus ángulos agudos resultan en medio del orificio del espejo. En este caso, todo hacecillo luminoso que parte del ojo observado se divide en dos por los prismas y refleja dos veces sobre las caras opuestas de estos últimos, de donde cada mitad sale de una direccion paralela á la que tenia al emerger del ojo. Como cada uno de los romboedros tiene una longitud igual á la mitad de la separacion de los ojos del observador (lo que permite siempre realizar la postura representada en B y C), cada punto de la imágen oftalmoscópica, se divide asímismo y aparece en I, I', como dos imágenes estereoscópicas. Dos prismas convergentes ó de base exterior, colocadas entre los romboedros y los ojos del observador, facilitan la fusion en una sola, sobre la línea media (en *e e'*) de las dos imágenes I, I'.



Fig. 78.—Oftalmóscopo de Galezowski.

Cuando ya está arreglada sobre ambos ojos la separacion de los romboedros, el observador elige prismas planos ó convexos, segun la mayor ó menor facilidad de que disponga para acomodarse á cortas distancias. Hecho así, y montado el espejo en un eje horizontal capaz de moverse tambien en el vertical, el exámen se halla ya reducido á las condiciones de la observacion ordinaria.» (Wecker.)

Oftalmóscopos con imágen directa.—Se construyen absolutamente de acuerdo con los principios que los oftalmólogos han fijado, tratándose de los de imágenes invertidas. Su única diferencia consiste en la sustitucion de una lente bicóncava por la lente biconvexa. El mas

sencillo se reduce á un reflector provisto de un cristal cóncavo n.° 8, 15 ó 20, fijo detrás del orificio central.

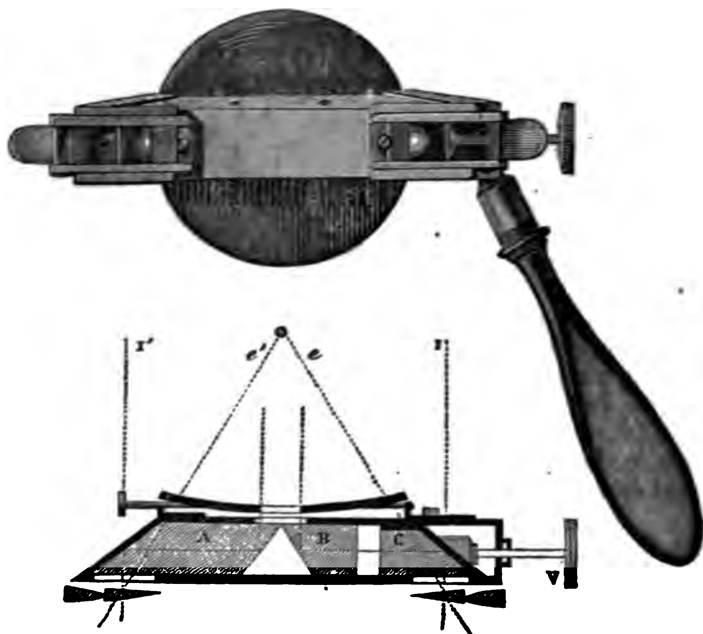


Fig. 79.—Oftalmóscopo binocular de Giraud-Teulon.

El *oftalmóscopo de Zehender*, destinado para concentrar gran cantidad de rayos luminosos en el fondo del ojo, es uno de los mejores que se conocen. Consta de un espejo convexo y de una lente convexa n.° 2, colocada entre la luz y el espejo, sobre el cual vienen á concentrarse todos los rayos luminosos que se dirigen hácia el fondo del ojo. Detrás del agujero central del espejo se halla fija una lente cóncava de un número cualquiera.

Auto-oftalmóscopo.—De igual modo que se inventaron auto-laringóscopos para que el observador mismo pudiera observarse su laringe, de igual modo tambien se han construido aparatos muy ingeniosos por medio de los cuales descubre dicho observador el estado de sus propios ojos. Pero estos auto-oftalmóscopos no están llamados á prestar servicio alguno en la práctica. Bastará, por lo tanto, que mencionemos los aparatos de Coccius, Giraud-Teulon, y Heymann.

Modo de utilizar el oftalmóscopo ordinario.—Para efectuar un buen exámen oftalmoscópico se necesitan varias condiciones: 1.° Si

a pupila está muy contraida y quiere explorarse gran extension de a retina, es preciso instilar en el ojo algunas gotas de una disolu-ion de 5 centígramos de atropina y 100 gramos de agua destilada, ráctica indispensable para los principiantes. 2.° Hay que proceder la operacion en un *paraje oscuro*, para impedir que los rayos de la ız difusa debiliten las imágenes. 3.° El enfermo ha de colocarse sen-ado delante del observador, en una posicion inmóvil, con el ojo per-ectamente fijo y dirigido algo dentro hácia un punto determinado, a por el contorno del espejo, ya por la oreja del médico; y se ha e cambiar tambien la direccion de los ojos para que la luz hiera su-esivamente los diversos puntos del órgano que se examina. 4.° El ıédico se pondrá á uno ó dos piés del enfermo, cuidando de que la ímpara quede á un lado de la cabeza del paciente, y de tal modo ue la luz suba con corta diferencia á la altura del ojo, del cual se eparará por medio de una pantalla. Una vez tomadas dichas precau-iones, el médico coge el reflector con la mano derecha, lo aproxima uanto pueda á su ojo y dirige en la misma forma los rayos refleja-os sobre la abertura de la pupila; coge despues con la mano izquier-a la lente biconvexa y la coloca sumamente cerca del ojo enfermo, por último, va separándola poco á poco hasta que obtiene una imá-en clarísima de la papila del nervio óptico y de la retina.

La figura 80 da una idea excelente de los detalles de la operacion.

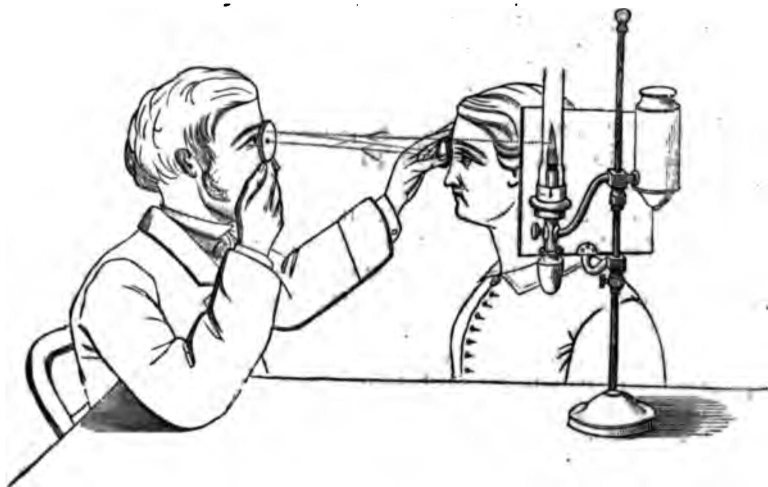


Fig. 80.—Posicion del observador y del observado. (E. Follin, fig. 24.)

Ya se examine el ojo por los procedimientos de la imágen inver-tida, ya por los de la imágen directa, la operacion debe efectuarse así de igual modo, y ofrece, como es natural, idénticas dificultades.

Porque hay que penetrarse de que solo un ejercicio continuado y tanteos muy repetidos, pueden facilitar el manejo del oftalmóscopo. Para dirigir la luz hácia el ojo, para colocar la lente en una posicion adecuada, y para hacer abstraccion y desembarazarse de los reflejos de la córnea que incomodan á todo neófito, conviene mas la práctica que las reglas.

Toda exploracion de ojos, si ha de ser completa, exige un punto de apoyo. El mas importante, y que siempre se busca, es la papila del nervio óptico. De la tésis de Galezowski tomaremos las instrucciones prácticas que deben tenerse en cuenta para investigar la pupila.

1.° Es preciso convencerse de que la córnea y el cristalino tienen su trasparencia natural, lo cual podrá demostrarse por medio del alumbrado oblícuo y del alumbrado directo con el reflector.

2.° Debe examinarse préviamente el estado de la pupila, viendo si posee la amplitud necesaria antes de que se indique la dilatacion artificial.

3.° El médico debe conocer la distancia focal de la lente y del espejo, á fin de que le sea posible determinar en qué punto deberán situarse una y otro.

4.° El enfermo alzará la cabeza, y mirará hácia el frente.

5.° Durante el exámen, es esencial que el enfermo dirija el ojo observado adentro y algo hácia arriba y que lo deje inmóvil.

6.° Cuando se vea el fondo del ojo, habrá que detener todo movimiento del instrumento, y asegurarse de si se distinguen vasos. En caso contrario, se alejará la lente, hasta que dichos vasos aparezcan.

7.° Mirando con alguna fijeza, se percibe la bifurcacion de un vaso que forma ángulo agudo, ángulo que se dirige siempre hácia el lado de la papila.

8.° Una vez conocido el lado que ocupa la papila, se separa el espejo muy ligeramente del punto en que se la supone, manteniendo siempre la luz sobre el ojo, ó bien se inclina del mismo modo la lente hácia el punto opuesto. De esta manera se encuentra con toda seguridad el nervio óptico.

9.° Cuando el exámen se verifica por medio de la imágen directa, hay que correr el espejo en sentido contrario para llegar desde el ángulo de los vasos á la papila.

10. Si se desea examinar la *mácula*, hay que comenzar por distinguir la papila. Se tantea un poco con el espejo hácia arriba y hácia dentro, y la parte que se encuentre á distancia de un diámetro de la papila corresponderá á la mácula.

11. En el exámen de la mácula, siempre incomoda el reflejo central de la córnea. Para evitarlo con mas facilidad, puede emplearse en vez de una lente convexa esférica, un cristal prismático de 20°, cada una de cuyas superficies ofrezca la concavidad de dos cuartas

partes de pulgada. Estas lentes prismáticas nos han sido muy útiles.

Antes de dedicarse al estudio de la oftalmoscopia, conviene mucho ejercitarse sobre ojos artificiales, como los que Perrin, agregado al hospital de Val-de-Grâce, mandó hacer para uso de los discípulos, ó seguir los consejos de Fano (1). Este último obliga á los alumnos, una vez que los considera ya corrientes de la teoría del oftalmóscopo, á que peguen una oblea blanca sobre cualquiera hoja de papel rojo, y á que la examinen tan detalladamente como puedan, de igual suerte que si se tratase de la papila del nervio óptico. Así se habitúan á manejar el instrumento, á dirigir la luz y á dar á la lente la mejor posicion para que descubra las imágenes.

Exámen del ojo normal.—Antes de declarar que hay alteracion alguna en las membranas profundas del ojo, es preciso saber cuáles sean las condiciones que ellas afecten bajo el estado normal. Estas condiciones cambian segun las personas; dando lugar á serias dificultades que han hecho que los especialistas cometan muchos errores é incurran en exageraciones extraordinarias. Hablando de un modo general, todo exámen oftalmoscópico de cualquier ojo que supongamos enfermo debe completarse con el exámen del otro conceptuado como sano; y las diferencias que se observen darán mayor seguridad al diagnóstico. En todo caso, hay que desconfiar de los cambios de coloracion sencillos, y suspender el juicio hasta que se haya visto una lesion bien determinada.

El fondo del ojo tiene un aspecto rojizo ó rosáceo de diferente intensidad, segun los individuos: rosáceo en los rubios, y rojo naranjado en los morenos. La variedad de estas tintas depende principalmente de la cantidad de *pigmentum* repartido por la coróides, y del estado de la circulacion de dicha membrana. Solo una gran costumbre de explorar con el oftalmóscopo puede permitir que se reconozca lo que es normal de lo que son alteraciones morbíficas, y es además indispensable saber que el estado fisiológico no tiene límites bien determinados.

La *esclerótica*, prescindiendo de las alteraciones patológicas, no es visible con el oftalmóscopo.

La *papila* es generalmente de color *blanquecino* ó *blanco-rosáceo*. Su diámetro en el cadáver varía desde una hasta dos líneas; pero aparenta desde tres hasta cinco cuando el exámen oftalmoscópico se verifica con una lente de tres pulgadas. La forma que afecta es casi circular, de contornos regulares y rodeados con frecuencia por una zona azulada que forma el pigmento coróideo. No presenta la menor diferencia de nivel con la retina; pero algunas veces tiene cierta convexidad, sin inconvenientes para el acto de la vision. En el color de la papila, que no es uniforme, pueden distinguirse tres anillos de ma-

(1) Fano, t. I, p. 21.

tices diferentes, los cuales resultan de la reflexion de los rayos luminosos sobre la túnica del nervio óptico, ó sobre las mismas fibras nerviosas. Los vasos, cuya posicion explica la figura 81, nacen comunmente del centro de la papila, y se dirigen los menores, en diferentes sentidos, y los mayores hácia la parte superior é inferior, para dividirse luego formando ángulos mas ó menos agudos. Las *venas*, que son de mayor consideracion que las arterias, tienen color mas oscuro, están á veces abolladas, y constituyen el asiento de las pulsaciones. Las *arterias* que son menores, de color rojo claro y de *doble contorno*, solo manifiestan pulsacion en el estado patológico.

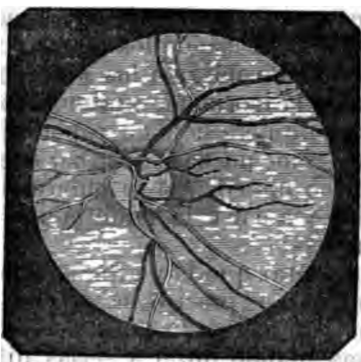


Fig. 81.—Ojo derecho normal. Retina, papila del nervio óptico, rodeada de un limbo estrecho. (Sichel, *Iconograph ophthalmologiq.*, obs. 267, y láminas LXXVIII, fig. 1.)

La retina no revela su existencia sino por los vasos que la recorren. Sin embargo, en los individuos cuya coróides tenga mucho pigmentum, podrá presentarse con reflejos especiales.

La *coróides* es quien da color al fondo del ojo. Pero lo que mas importa conocer es la disposicion del pigmentum y de los vasos: estos tienen color rojo de naranja ó *rojo de Saturno*. Son aplastados como cintitas y no cilíndricos á la manera de los de la retina (1); abundan en anastomosis, y se hallan muy apretados entre sí. Es imposible distinguir las arterias de las venas. El pigmentum, mas abundante en los morenos que en los rubios, se extiende con uniformidad entre los vasos, á los cuales oculta parcialmente cuando existe en gran cantidad. En el estado normal de la coróides, sobre todo, es donde son mayores las diferencias individuales. Lo que es fisiológico para unos, es patológico para otros. Se necesita, por consiguiente, gran reserva en el diagnóstico de las congestiones é inflamaciones de la coróides.

Para evitar redundancias, trasladamos al estudio de las enfermedades de las membranas profundas, la descripcion de las alteraciones oftalmoscópicas que ellas presentan.

II. *De la exploracion subjetiva del ojo.*—Seria un gran error creer que al buscar el diagnóstico de una afeccion de los ojos, pueda prescindirse de las sensaciones experimentadas por el enfermo. Despues y tal vez antes de proceder al conocimiento de las alteraciones anatómicas, será indispensable informarse de qué manera tienen lugar

(1) Quaglino, *Sulle malattie interne dell' Occhio di clinica e d'iconografia ottalmoscopica*, Milano, 1850, p. 223.

las funciones oculares. Con este objeto debe estudiarse: 1.°, *la perspicacia de la vista*; 2.°, *la extension del campo visual y su limpieza*; 3.°, *la extension de la acomodacion*; 4.°, *el grado de sensibilidad de la retina para los diferentes colores*; 5.°, *su excitabilidad morbífica y artificial* (fosfenas).

1.° *De la perspicacia de la vista.*—Para juzgar de ella, es preciso colocar objetos de determinada magnitud delante de los ojos de cada enfermo. Será mas perspicaz la vista del que distinga los cuerpos mas pequeños desde una distancia mayor y con mayor claridad.

Jæger (1) fué el primero á quien se ocurrió la idea de emplear una escala tipográfica de magnitud progresiva y compuesta de caractéres, de los cuales el primero tiene casi un tercio de milímetro y el último dos y medio centímetros de altura. Mientras mas voluminosas sean las letras, se deberán leer desde mas lejos para considerar que es perfecta la vision. Habiéndose adoptado los principios de Jæger por todas partes, han llegado á construirse en seguida multitud de escalas tipográficas, mas ó menos modificadas. La de Giraud-Teulon es la que han adoptado en Francia, porque se funda en una consideracion enteramente científica.

El primer número tiene la longitud de una décima parte de milímetro, subtiende á los 33 centímetros, ó lo que es lo mismo, á un pié, un arco de 1 grado ó de $0^{mm},005$. Este espacio representa precisamente el diámetro del centro de la *mácula* susceptible de percibir los objetos con toda claridad apetecible. El número segundo tiene dos décimas partes de milímetro de diámetro y subtiende el mismo arco á dos piés de distancia, y así consecutivamente hasta el número doscientos. Este último tiene 20 milímetros de anchura y debe leerse á 200 piés. En la práctica solo se usan algunos números. La cifra colocada sobre ellos indica á qué distancia debe leerse para que la vision sea normal. Follin se contenta con once números expuestos de la manera siguiente:

(1) Jæger, *Schrift-Scalen (échelle d'écriture)*. Wien.

1.

Pues cuando hubo nacido Jesús en Bethlehem de Judá, en tiempo de Herodes, el Rey, he aquí unos Magos vinieron de Oriente á Jerusalem, diciendo: ¿Dónde está el Rey de los Judíos

3.

que ha nacido? porque vimos su estrella en el Oriente y venimos á adorarle. Y el Rey Herodes, cuando lo oyó, se turbó

5.

y toda Jerusalem con él. Y convocando todos los Príncipes de los Sacerdotes y los Escribas

7.

del pueblo, les preguntaba dónde habia de nacer el Cristo, y ellos le dijeron: en

10.

medio de un inmenso gentío y en un modesto albergue de la ciudad de

11.

Bethlehem de Judá, porque así está escrito por el Profeta.

13.

Entonces Herodes, llamando en secreto á

15.

los Magos, se informó de

17.

ellos con cui-

19.

dado del

20.

tiempo

Para utilizar este cuadro, se coloca á 20 piés el número veinte, por ejemplo. Si el enfermo lo lee con claridad, se le considera con vista perfecta; pero si no lo leyere mas que á 10 piés, se le atribuirá la mitad de la perspicacia que corresponde al estado normal. De aquí resulta la siguiente fórmula dada por Donders: Representando S la perspicacia de la vista, N el carácter del número y D la distancia á que se lee, tendremos:

$S = \frac{D}{N}$, es decir, tratándose del ejemplo anterior, $S = \frac{10}{20} - \frac{1}{2}$ de de vista normal.

2.° *Medida de la extension del campo visual.*— La extension del campo visual está representada por todo el espacio que abarcamos al frente con vision distinta. Dicha extension puede ser mayor ó menor. Para determinarla, se coloca al enfermo delante de un cuadro ó de un gran pliego de papel blanco á la distancia de una vision completa; se le cierra el ojo considerado como sano, y se le obliga á que mire con el otro un punto céntrico, brillante, y en cuyo rededor se ponga mas ó menos separado y en diferentes direcciones un cuerpo muy alumbrado. El espacio comprendido entre el punto céntrico y el sitio mas lejano en que el enfermo perciba delante de sí el objeto de que se trata, dará la medida de la extension de su campo visual.

La extension del campo visual se halla disminuida uniformemente en casos de atrofia de la papila y en las escavaciones glaucomatosas. Oscureciéndose solo parcialmente el campo de la vision, se observan diferentes variedades de la hemiopía, *hemiopía vertical* y *hemiopía lateral*, etc.

Hemiopía vertical.—Se caracteriza por la percepcion de la mitad interior de los objetos exclusivamente, y se nota en las alteraciones de las partes inferiores de la retina y con especialidad cuando existen desprendimiento de dicha membrana, ya por serosidad, ya por evacuaciones sanguíneas.

La *hemiopía lateral* pertenece á las amaurosis cerebrales. De Graefe (1) y Follin distinguen dos especies de ella: la *hemiopía homonima* y la *hemiopía cruzada*. En la primera, la pérdida visual ocupa para los dos ojos la mitad derecha ó izquierda del cuerpo visual binocular; en la segunda, ocupa para cada ojo la mitad interna ó externa. La hemiopía homonima se determina por una lesion del nervio óptico, antes de su cruzamiento con el del lado opuesto. La hemiopía cruzada, que es menos frecuente, debe resultar de una alteracion del chiasma de los nervios ópticos.

Moscas fijas y moscas volantes (miodesopía).—Además de las referidas alteraciones del campo visual, se encuentran á veces espacios irregulares, opacos, mayores ó menores y que se refieren á puntos relativamente insensibles de la retina ó á opacidades de los medios

(1) De Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*, Bd. II, abtheilung S. 286.

refringentes del ojo y á lesiones circunscritas de la retina y de la coróides. Cuando su presencia es constante en el campo de la vision, cuando permanecen fijas ínterin el ojo mira al mismo punto y cuando tienen al mismo tiempo un *color oscuro* con contornos mas ó menos caprichosos, pueden considerarse siempre de orígen morbífico, y llevan el nombre de *escotomas* ó *de moscas fijas*.

La *moscas volantes* consisten en que aparezcan, dentro del campo visual, manchitas semi-trasparentes ú opacas, de distintas formas aisladas ó reunidas entre sí y *movibles*. Se conocen dos variedades, cuya distincion importa mucho: la *primera variedad* es *fisiológica* y no ofrece absolutamente peligro alguno, á pesar de las incomodidades que proporciona á muchos sugetos. Es muy fácil provocarlas artificialmente, mirando á través del orificio de un naipecito negro agujereado por medio de una aguja, la llama de una bugía colocada á dos ó tres piés de distancia. Segun la configuracion de las imágenes percibidas, se las da los nombres de: *espectro perlado*, constituido por globulitos reunidos bajo la forma de filamentos; *espectro acuoso* formado de pliegues ó fajas trasparentes, y *espectro globular* representado por glóbulos separados y trasparentes por su centro. Hay muchas opiniones acerca de la naturaleza de las moscas volantes fisiológicas. Unos autores las han colocado sucesivamente en el cristalino y su cápsula (Maitrejean) (1), otros, como de la Hire y Le Roy (2), en el humor acuoso, y no falta quien las atribuya á modificaciones sobrevenidas en la retina. Hoy casi todos convienen en considerarlas como formadas por cuerpos refringentes situados delante de la córnea y movibles. Fano (3) cree que resultan de glóbulos epitélicos que circulan delante de la córnea; Follin (4) las refiere á gotitas acuosas esparcidas sobre el espejo.

La *segunda variedad de moscas volantes*, que es morbífica procede de cuerpos flotantes situados en el cuerpo vítreo; y de ahí la denominacion que han recibido de moscas hialóideas. Su configuracion varía hasta el infinito, del mismo modo que la opacidad que las determina, y que en muchos casos se puede reconocer por medio del alumbrado oftalmoscópico. El color de las moscas volantes morbíficas es mas oscuro y mas distinto que el de las moscas volantes fisiológicas, produciendo gran enturbiamiento en la vista.

Medida de la extension de acomodacion.—Se ha convenido en entender por extension de acomodacion el espacio comprendido entre los puntos extremos desde los cuales puede percibir el ojo con claridad los objetos colocados delante de él.

Se han inventado muchos aparatos para medir la extension de acomodacion (*optómetros*); pero el medio mas sencillo y mas práctico

(1) Maitrejean, *Traité des maladies de l'œil*, 1707, p. 255.
(2) De la Hire y Le Roy, *Memoires de l'Académie des sciences*, t. IX, p. 571.
(3) Fano, *loc. cit.*, t. I, p. 67.
(4) Follin, *loc. cit.*, p. 164.

está reducido á emplear escalas tipográficas (véase pág. 448). Se busca el punto mas próximo y el mas lejano desde donde pueda el individuo leer un carácter muy pequeño, como el del número primero; y tendremos que cualquier ojo que lea desde 3 á 8 ó 10 pulgadas dicho número, podrá considerarse como si poseyere la potencia normal de acomodacion (1).

Investigacion de la sensibilidad para los colores.—En el estado normal el ojo percibe fácilmente los *principales* colores y los diversos colores *complementarios*. Unos solo ven lo blanco ó lo negro; otros no perciben mas que determinados colores. Esta afeccion se distingue con el nombre de *discromatopsia* y *daltonismo*, del apellido del químico inglés, que describió primeramente esta anomalía. La discromatopsia es *hereditaria* ó *adquirida*, *transitoria* ó *permanente* y mucho mas comun de lo que se cree. Prévost (2) afirma que entre cada veinte personas observadas casualmente, resulta siempre una con daltonismo. Apenas tenemos nocion alguna sobre las causas de este singular fenómeno, que se conoce fácilmente presentando á los enfermos papeles de diversos colores. El *amarillo* y el *azul* apenas les embarazan; pero el *rojo* y el verde los confunden con facilidad.

De la excitabilidad de la retina; fosfenas.—Cuando la retina se encuentra sobrexcitada por cualquier causa, el enfermo percibe colores diferentes: chispas, llamaradas ó relámpagos, verdaderos fuegos artificiales. Estos fantasmas luminosos aparecen cuando hay afecciones cerebrales del nervio óptico, congestiones é inflamaciones de la coróides y de la retina, y se designan bajo la denominacion general de *fotopsia*. Si los objetos se presentan como irisados y envueltos en círculos luminosos, el fenómeno morbífico recibe entonces el nombre de *crupsia*. Es un signo precursor de la gota serena. Todos estos síntomas, desenvueltos expontáneamente, tienen cierta importancia para el diagnóstico; y la tienen mas todavía cuando se procura provocarlos artificialmente con objeto de comprobar la excitabilidad de la retina.

Fosfenas.—Se llaman *fosfenas* á las imágenes luminosas que tienen lugar cuando se comprime el ojo al través de los párpados. Savigny (3) y sobre todo Serre, de Uzès (4), han hecho un estudio muy detenido de ellas. Para obtenerlas, se coloca el enfermo, si es posible, á una media luz ó en la oscuridad y el médico comprime el ojo, préviamente cerrado, fijando el índice entre el globo y la órbita. A fin de que se distinga mejor el anillo luminoso, es preciso dar al ojo una pequeña sacudida, y que se ejerza al mismo tiempo sobre él una

(1) Follin, *loc. cit.*
(2) Prévost, *Mémoires de la Société de physique et d'histoire naturelle de Genève*, t. XII, 1849, p. 196.
(3) Savigny, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1838.
(4) Serre (d'Uzès), *Essai sur les phosphènes ou anneaux lumineux de la rétine.* Paris, 1853.

presion muy marcada. [illegible] fusiones principales, que [illegible] en el órden [illegible] importancia: *pupa*, *frontal*, *temporal* y *nasal*. En el primer grado de la ausencia [illegible] *pupa*; en el segundo, la *frontal*; en el tercero, la *temporal*, y en el cuarto la *nasal*. [illegible] las demas [illegible] y así sucesivamente hasta la frente. Por el contrario, en ausencia de la *pupa*, las otras se sobreviven y así sucesivamente hasta llegar á la *nasal*. Cuando bajo el influjo de un tratamiento rápido y enérgico, vuelven á manifestarse algunas fusiones desaparecidas anteriormente, la reparacion tiene lugar en el órden de su importancia; de manera que siendo la *nasal* la última en extinguirse es la primera en manifestarse, y luego llegan sucesivamente la *temporal*, la *frontal* y la *pupa*.

La falta de *pupa* [illegible] de la retina; la ausencia de *frontal*, señala los progresos de la [illegible] y [illegible] las supresiones de la *temporal* y de la *nasal* [illegible] en *unas* [illegible] *profundas*. La [illegible] de los [illegible] se [illegible] y su ausencia en [illegible] y [illegible] si hay [illegible] ó [illegible] de la retina, ó si existe una [illegible] de [illegible]. El mismo procedimiento [illegible] las apreciaciones del enfermo [illegible] la pupila se halla cerrada por falsas membranas ú obstruida por una catarata), acerca de los probables resultados de una operacion de pupila artificial ó de catarata (1). Desgraciadamente no todos los enfermos pueden explicar con exactitud las sensaciones que experimentan.

CAPÍTULO II.

Enfermedades de los párpados.

No son los párpados parte constitutiva esencial del órgano de la vision; pero desempeñan un papel tan importante como elementos protectores que, cuando faltan, al momento se compromete la vista y se determina una inflamacion crónica de las membranas que concurren á formar el globo del ojo. Componen los párpados varios tejidos y órganos muy distintos por su estructura y por sus funciones. Cada uno de ellos puede aisladamente hallarse enfermo, lo que constituye una rareza, porque siempre hay asociaciones morbosas mas ó menos extensas. Pero la enfermedad, que invade muchos tejidos á la vez, comienza casi siempre por uno de ellos, conservando en él su accion principal. Bajo este concepto, lo que conviene es estudiar ais-

(1) Robin y [illegible] *ing. de chirurgie, etc.*, 1865, p. 1146.

ladamente cada una de las partes constitutivas de los párpados, haciendo notar que donde quiera que falten límites determinados por los tejidos, no los habrá tampoco para las enfermedades.

Division.—Dejando á un lado los *vicios de conformacion* originales y adquiridos, así como los tumores de los párpados, nos reduciremos á estudiar las *inflamaciones puramente especiales de dichos párpados* que no hayan sido descritas en otro lugar, y sus *alteraciones funcionales.*

ARTÍCULO PRIMERO.

INFLAMACIONES DE LOS PÁRPADOS.

1.° INFLAMACION DE LAS GLÁNDULAS DE MEIBOMIO Y DE LOS FOLÍCULOS PILOSOS; ORZUELO; ACNÉ DE LOS PÁRPADOS.

a. — Inflamacion de las glándulas de Meibomio.

Se determina muchas veces aisladamente; pero lo general es que acompañe á la inflamacion de la conjuntiva y á la blefaritis ciliar.

§ I.—Causas, síntomas.

Las causas que la producen, cuando se halla muy circunscrita, son los cuerpos extraños y la detencion en los conductos excretores de la glándula, de las materias segregadas por esta, la cual sufre determinadas trasformaciones, adquiriendo suficiente consistencia para irritar á los tejidos adyacentes.

Unas veces la glándula referida adquiere el aspecto de arroz cocido; otras viene á ser caliza, afectando la forma de un verdadero cálculo. Si se ha olvidado la precaucion de evacuar los cuerpos extraños, mediante una incision pequeña, el folículo se inflama, entumece y adquiere color rojo. Revolviendo el párpado, es muy fácil percibir, al nivel del folículo, que la conjuntiva se halla inyectada y edematizada. El enfermo experimenta una sensacion muy desagradable de picor; y cuando mueve los párpados le parece que tiene allí un cuerpecito extraño.—Los párpados resultan pegados por una materia viscosa, sobre todo á las horas de despertar.

§ II.—Terminacion.

La inflamacion termina generalmente por resolverse; pero tambien puede llegar á la supuracion y extenderse hasta el tejido celular inmediato. Entonces se forma un flemon sub-conjuntivo circunscrito.

§ III.—Tratamiento.

Cataplasmas emolientes al principio, hechas con fécula ó con miga de pan, y algunas lociones con líquidos astringentes bastan para detener la enfermedad. Si se produce cualquier absceso, hay que punzarlo con la lanceta.

b.—Orzuelo.

Consiste en un tumor inflamatorio del borde libre de los párpados, cuya forma y magnitud tiene cierto parecido con la de los granos de cebada; razon por la cual lleva dicho nombre. Existe generalmente en el ángulo mayor del ojo, y en el párpado superior con preferencia al inferior.

§ I.—Situacion anatómica.

Están muy lejos los autores de convenir acerca de la situacion exacta de esta enfermedad. El mayor número la coloca en el tejido celular de los párpados, haciendo de ella un verdadero divieso; y de esta opinion son Scarpa, Rognetta, Velpeau, Denonvilliers y Gosselin. Desmarres dice que se puede desarrollar, ya en un folículo piloso, ya en una glándula de Meibomio. En concepto de Mackenzie, no es otra cosa que una inflamacion de las glándulas de Meibomio. Últimamente Zeis (1) ha demostrado qué podia tener su asiento en las glándulas sebáceas de la base de las pestañas. Y de este mismo parecer son Fano y Wharton Jones.

§ II.—Variedades.

Se presenta bajo los estados *agudo y crónico*. Cuando se desarrolla en el ángulo mayor de los párpados, adquiere mayor volúmen que cuando aparece en los folículos pilosos de otras regiones. Esta variedad última ha recibido de Wecker el nombre de *acné de los párpados*.

§ III.—Causas.

El orzuelo es muy frecuente entre los escrofulosos, y coincide por lo comun con las alteraciones digestivas. El abuso del alcohol y de los manjares salados, y la exposicion al viento y al polvo son sus principales causas predisponentes y determinantes.

(1) Zeis, *Ammon's Zeitschrift für die Ophthalmologie*, vol. V, p. 220.

§ IV.—Síntomas.

El estado *agudo* de dicha enfermedad se manifiesta por síntomas locales. Empieza con un picor que estimula al enfermo para rascarse, y continúa por la aparicion de un tumorcito rojo y doloroso, cuyo volúmen crece rápidamente hasta adquirir el de una judía ó el de una almendra gruesa. Las pestañas se reunen por influjo de la materia sebácea; algunas de ellas resultan implantadas en el ápice del tumorcito, y generalmente en su base es donde se presenta un puntito blanco. No tiene nada de particular que, durante la evolucion del fenómeno inflamatorio, llegue á observarse cierto movimiento febril. En la mayor parte de los casos se establece la supuracion y se evacua el pus por la cara externa del párpado, primero bajo forma serosa, y luego bajo la de láminas seudo-membranosas, que algunos consideran como tejido celular mortificado, y que refiere Fano á la cápsula del folículo piloso.

Cuando no hay supuracion alguna, el tumorcito persiste con un color rojo pálido y una indolencia casi completa, constituyendo una de las variedades de *chalazion* ó granizo de los autores.

El *acné ciliar* no merece que se le describa aparte, porque verdaderamente no es mas que un orzuelo situado en otro lugar, y que nace como él en un folículo piloso.

Tiene menor volúmen que el orzuelo propiamente dicho; resulta de la detencion de la materia sebácea dentro del folículo; adquiere muy poco volúmen; se halla siempre atravesado por uno ó dos pelos, y termina por supuracion ó por induracion.

Esta enfermedad nunca es peligrosa, pero como ataque repetidamente podrá apurar á los enfermos y sobre todo á los jóvenes.

§ V.—Diagnóstico.

El diagnóstico es muy sencillo. Todo lo mas podria confundirse el orzuelo con la inflamacion de las glándulas de Moibomio, pero la situacion del tumor en la base de las pestañas y en el lado exterior del párpado.

El tumor inflamatorio de las glándulas de Meibomio nace en la cara interna de los párpados, y nunca interesa la base de las pestañas.

§ VI.—Tratamiento.

Aplicaciones emolientes y resolutivas y cataplasmas de fécula. Antiguamente se preconizaban mucho el pan humedecido con leche, y las cataplasmas de manzana; pero estos medios nada tienen de preferible sobre las lociones emolientes ordinarias. Cuando hay el pen-

samiento de operar los orzuelos, Velpeau (1) recomienda expresamente que se espere á la formacion completa del absceso, con el fin de evitar su reproduccion y que las supuraciones sean interminables. Zeis quiere que cuando comience la inflamacion se arranquen las pestañas; pero esta operacion es muy dolorosa y da mejor resultado dejar que se caigan espontáneamente. Para combatir las induraciones crónicas hay que emplear pomadas resolutivas con ioduro potásico, ungüento de *la madre Tecla* y emplasto de diaquilon gomado.

2.° INFLAMACION DEL BORDE LIBRE DE LOS PÁRPADOS; BLEFARITIS CILIAR.

La combinacion de las inflamaciones glandulares de que acabamos de hablar, reunida con la de la mucosa que cubre el borde libre de los párpados, constituye la *blefaritis ciliar*, la cual ha recibido diferentes nombres que recuerdan algunos de los síntomas principales: *inflamacion glandulo-ciliar de los párpados*, *blefaro-adenitis*, *blefaritis escrofulosa*, *roña*, *mita de los párpados*, *oftalmia del tarso*, *lagañas y madarosis*, etc.

Division.—Velpeau (2) admite cuatro variedades de blefaritis, fundándose en la situacion principal de la enfermedad y en la naturaleza de los productos segregados, á saber: 1.°, *blefaritis mucosa;* 2.°, blefaritis glandulosa á quien se reune como variedad secundaria la *blefaritis diftérica;* 3.°, *blefaritis granulosa;* 4.°, *blefaritis ciliar propiamente dicha.*

Ya hemos hablado de algunas de estas localizaciones; pero mas adelante tendremos ocasion de señalar las demás. La descripcion de la blefaritis mucosa aparecerá en el artículo OFTALMÍA DE LOS RECIEN NACIDOS. Wharton Jones (3) solo hace dos divisiones de la blefaritis del tarso, deducidas de la naturaleza de las causas que la producen: 1.° blefaritis tarsiana catarral; 2.°, blefaritis tarsiana escrofulosa.

Despues de los precedentes capítulos, tenemos que venir á hacer un resúmen descriptivo. Tanto mejor aparecerá la fisonomía general de la enfermedad, cuanto se la encuentre menos difusa. Al presentarla, sin embargo, ya procuraremos decir qué particularidades caracterizan á una ú otra variedad.

§ I.—Causas.

Los niños y los adultos la padecen con frecuencia: una causa cualquiera es susceptible de producirla; la impresion del frio y de la humedad de los vapores mefíticos, y de sales amoniacales, son muy

(1) Velpeau, *Manuel pratique des maladies des yeux*, p. 57.
(2) Velpeau, *Manuel pratique des maladies des yeux*, p. 25.
(3) Wharton Jones, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduct. et notes par Foucher, p. 605.

temibles para las personas predispuestas por un temperamento escrofuloso.

Cuenta Linneo que casi todos los lapones padecen dicha enfermedad, atribuida por él á los vientos, á la reverberacion de la nieve y á la intensidad del frio. Los filandeses, que suelen tambien sufrirla, pierden asímismo la vista con no poca frecuencia. Sichel (1) la considera casi siempre como síntoma de una constitucion linfática ó de una afeccion escrofulosa. Sin embargo, la ha observado muchas veces en albañiles, cortadores de piedra, drogueros y especieros. La debilidad de los niños, el desaseo y la miseria son otras tantas condiciones que favorecen el desarrollo de la blefaritis. Wecker (2) atribuye una gran influencia á la irregularidad en el curso de las lágrimas ó de cualquier desviacion de los puntos lagrimales. Por eso dice que los israelitas, mas espuestos que otros á las alteraciones de los conductos lagrimales, son los que padecen la blefaro-adenitis en su forma mas perniciosa. ¿Pero no serán ambos efectos de una misma causa, es decir, del vicio escrofuloso? El herpetismo y la sífilis ofrecen muchas veces sus manifestaciones en el borde de los párpados. ¿Será cierto que el hongo del herpetismo tonsural y de la mentagra pueda fijarse sobre las pestañas? Muchos autores así lo han dicho, pero aun no está el asunto perfectamente resuelto. Sea lo que quiera de esta etiología compleja, lo cierto es que la blefaritis ciliar puede considerarse como una enfermedad frecuente y que reclama toda la atencion de los médicos á causa de sus consecuencias.

§ II.—Síntomas.

En el primer grado, solo hay una hiperemia del borde de los párpados, caracterizada por el enrojecimiento difuso ó localizado de ciertos puntos y ligera tumefaccion de la línea donde se hallan implantadas las pestañas. Falta entonces todo género de pústulas ó de escoriaciones; y prescindiendo de un dolor pruriginoso casi insignificante, y del aspecto desagradable de su fisonomía, el enfermo apenas tiene porqué inquietarse. Por la mañana, sin embargo, tiene las pestañas aglutinadas entre sí por causa del moco solidificado y de la materia sebácea; y basta el menor descuido para que la pegadura de las pestañas causen una tirantez que agrava desde la enfermedad.

En un grado mas adelantado, los tejidos se interesan tambien mas profundamente. Aparecen ya pustulitas en la base de las pestañas y se cubren de costras furfuráceas y de películas muy finas procedentes de haberse secado la materia sebácea. Si la enfermedad predomina en el labio interno del borde palpebral, las glándulas de Meibomio inflamadas producen una secrecion mas abundante, y el producto

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 84.
(2) Wecker, *Etudes ophthalmologiques*, t. I, p. 610.

de este flujo se manifiesta bajo la forma de placas blancas muy extensas, con el aspecto de una falsa membrana diftérica, aunque sin tener sus caractéres histológicos. Se componen de epitelio y de materias grasas; de modo que no ha habido razon para que Velpeau designe esta enfermedad con el nombre de *difteritis* de los párpados. Por debajo de las laminitas desecadas, suele hallarse la piel roja y exulcerada. Si la enfermedad continúa progresando, las alteraciones serán mayores aun. Los folículos pilosos se hipertrofian al mismo tiempo que se irrita el tejido celular adyacente; en seguida aparece una considerable induracion del borde libre; los folículos pilosos obstruidos por la materia sebácea, no dan ya á las pestañas la alimentacion suficiente, y estas se apresuran á caer. Retrayéndose el tejido celular nuevamente formado, se redondea el borde palpebral, apareciendo bajo la forma de un cordon nudoso rojo azulado, y de un aspecto muy desagradable. Wecker da á esta forma el nombre de *blefaritis hipertrófica.*

Cuando la supuracion toca rápidamente al folículo piloso, se producen en la base de las pestañas unos botoncitos pustulosos, visibles sucesivamente sobre diferentes puntos, y que se curan al instante para volverse luego á reproducir. Hay ulceraciones mas ó menos profundas, cubiertas de costras negruzcas y resistentes que, segun Duval, difieren de las costras de la conjuntivitis catarral por la dureza, la adherencia y la coloracion negra que resulta de una mezcla de pus y mucus concreto con cierta cantidad de sangre en las primeras, mientras que las segundas son lustrosas y se desprenden con mas facilidad (1). Al cicatrizarse las ulceraciones, destruyen los folículos pilosos y obliteran las glándulas de Meibomio. El pericondro de los tarsos se interesa tambien, engruesa y se retrae. Poco á poco los párpados cambian de direccion y son arrastrados hácia fuera (ectropion).

Cuando las cosas han llegado á este extremo, hay que temer hasta por la integridad del globo mismo del ojo. Además de una deformidad puede ocurrir la pérdida de la vista. De modo que la blefaritis ciliar, nunca debe despreciarse por las consecuencias que puede producir.

Dice Wecker que la blefaritis ciliar tiene la circunstancia de que en la mayor parte de los casos comienza por síntomas poco sensibles, algo de enrojecimiento, una pequeña hinchazon del borde libre, excoriaciones del dermis, repartidas indistintamente: tales son los síntomas casi insignificantes de una inflamacion que tiene en sí misma sus elementos de progreso y que se desarrolla hasta el punto de hacerse incurable. Tenemos, en efecto, blefaritis que persisten años enteros ó indefinidamente, y que segun las estaciones, manifiestan

(1) Deval, *Maladies des yeux*, p. 38.



eríodos de exacerbacion y de remision. La primavera y el verano ıvorecen sin duda alguna los primeros.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

El simple exámen de los párpados basta para establecer el diagıóstico. Pero lo único que aquí debe preocupar al médico es la invesigacion del orígen y del grado en que se halle la enfermedad; porue es evidente que el pronóstico quedará subordinado á la antigüedad e la afeccion y á los progresos que haga, así como á la naturaleza e la causa. En idénticas condiciones, la curacion será mas rápida, i es accidental la causa de la blefaritis, y mucho mas difícil si proede de una diátesis hereditaria ó adquirida.

§ IV.—Tratamiento.

El tratamiento es *local* ó *general*, *higiénico* ó *medicamentoso*. El ;eneral, que se dirige á la constitucion, consiste en una nutricion ustancial y de buena calidad, en que la habitacion sea campestre y n administrar interiormente aceite de hígado de bacalao, y los vinos e quina y ferruginoso. Pero cualquiera que sea la importancia de os modificadores generales, nunca convendrá contar con ellas exlusivamente. El éxito tardaria mucho, y durante este tiempo la enırmedad haria grandes progresos, hasta el punto de hacerse incurale. La condicion mas indispensable para el éxito de los tópicos asringentes ó cáusticos que suelen emplearse contra la blefaritis, es ımpiar el borde ciliar tan perfectamente como sea posible, y desembaazarle de las costras que se hallan incrustadas en él. Mackenzie (1) conseja que se use para dicho objeto una cucharada de las de café de ›che; donde se haya deshecho préviamente un pedacitò de manteca ›esca. Se humedece el dedo en esta mezcla y con él se untan los párados, frotando ligeramente las pestañas aglutinadas. Se coloca en eguida sobre los párpados, durante algunos minutos, un pedazo de sponja suave mojada con agua caliente y bien exprimida; y al poco empo el enfermo podrá abrir sus párpados sin esfuerzo y sin dolor lguno. Deval (2) recomienda el uso de lociones con un agua tan aliente como pueda soportarse. Mientras que se empleen los chorros las lociones con agua caliente convendrá, segun dice Chasaignac (3), revolver las pestañas hácia fuera ó inclinarlas suavemenə á lo largo del borde ciliar de dentro á fuera, por medio de un moimiento trasversal ejecutado con los dedos ó con un lienzo fino.

(1) W. Mackenzie, *Baladies de l'œil*, p. 197.
(2) Deval, *Maladies des yeux*, p. 850.
(3) Chassaignac, *Du décapage des cils dans les ophthalmies* (*Archives d'ophtalologie*, t. II, p. 88).

Foucher (1) recomienda mucho que se use la glicerina y los glicerolados. La glicerina pura, aplicada diferentes veces durante el dia sobre los bordes palpebrales, los limpia muy bien, ablandando y disolviendo las costras.

En los casos graves, hay que dejar aplicados sobre los ojos, durante la noche los tópicos emolientes. Las cataplasmas de miga de pan y de fécula, con un poco de manteca fresca ó de aceite comun, y un pedazo de cinta barnizado con cerato simple, han producido grandes resultados á Mackencie.

No basta la limpieza de los bordes de los párpados en las blefaritis inveteradas; es preciso además quitar las pestañas que no puedan enderezarse y que sigan direcciones distintas. Pero esto se ha de hacer en diferentes sesiones, con algunos dias de intervalo, y procurando extraerlas en el sentido de su eje y sin que se rompan (2).

Despues de estas precauciones preparatorias é indispensables, se procede al tratamiento local, aplicando colirios y lociones cáusticas y astringentes, y usando de pomada que hace mucho tiempo conocen todos los oftalmólogos. Dichas preparaciones, tienen generalmente por principios activos un corto número de sustancias, reunidas de distinta manera, á saber: sales de plata, de zinc y de plomo. Véanse ahora entre todas ellas las que mas se usan:

POMADAS CON PRECIPITADO ROJO.

1.° *Pomada de Lyon.*

Ungüento rosado.......	16 gram.	Precipitado................	1 gram.

2.° *Pomada de Desault.*

Óxido rojo de mercurio..	4 gram.	Acetato de plomo.........	4 gram.
Tucia preparada.........	4 gram.	Deutocloruro de mercurio.	30 centígr.
Alumbre calcinado......	4 gram.	Pomada de rosas..........	60 gram.

3.° *Pomada del Regente.*

Óxido rojo de mercurio.....	10 gram.	Manteca fresca lavada con agua de rosas..........	150 gram.
Acetato de plomo cristalizado.	10 gram.		
Alcanfor..................	1 gram.		

4.° *Pomada de Cunier.*

Manteca.................	6 gram.	Óxido rojo de mercurio.	10 á 40 centígr.
Acite comun............	6 gram.		

5.° *Pomada Deval.*

Manteca..............	4 gram.	Alcanfor.................	5 centígr.
Precipitado rojo........	15 centígr.		

(1) Foucher, *De l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies (Bulletin de thérapeutique.* Paris, 1860).

(2) Meininger, *Sur l'altération des cils.* Nota dirigida á la Academia de ciencias en 8 de Diciembre de 1856.

6.° *Pomada Deval.*

Manteca.............	4 gram.	Alcanfor.................	10 centígr.
Precipitado rojo.......	50 centígr.	Esencia de rosas..	1 á 2 gotas.
Óxido de zinc.........	10 centígr.		

POMADAS CON PRECIPITADO BLANCO.

Pomada Janin.

Precipitado blanco.......	4 gram.	Bolo Arménico............	8 gram.
Tucia preparada.........	8 gram.	Manteca..................	15 gram.

Igualmente podríamos formular pomadas en cuya composicion el nitrato de plata ó el bicloruro de mercurio; pero es preferible emplear dichas sustancias en disolucion. Las pomadas deben aplicarse por la noche. Durante esas horas tienen ocasion de ponerse en contacto íntimo con el mal, y por el dia tendrian entre otros inconvenientes el de evitar que el enfermo se ocupe de sus negocios.

Deval usa con grandes ventajas el bicloruro de mercurio en disolucion, bajo la dósis de 25 miligramos por 30 gramos de agua destilada, fomentando con dicha solucion el borde palpebral todas las noches, y aun por mañana y noche, si fuere bien tolerado.

Cuando hay muchas ulceraciones, casi todos los médicos las tocan con la punta de una barrita de nitrato de plata, teniendo cuidado de dirigir sobre los párpados, inmediatamente despues de la operacion, una corriente de agua salada que neutralice el exceso de sal.

Velpeau (1) sustituye el nitrato de plata, á quien acusa de producir contracciones al cicatrizar, por sulfato de cobre, cuya accion no es tan activa.

A los distintos medicamentos que acabamos de referir, debe añadirse el aceite de enebro y la tintura de iodo, con los cuales se barniza el borde de los párpados. Estas mismas sustancias se hallan perfectamente indicadas en los casos de *tilosis*, segun la frase admitida.

Con mucho cuidado y perseverancia, con una limpieza minuciosa y con una higiene bien entendida, se puede triunfar de esta clase de enfermedad tan rebelde y de tan desagradable aspecto; pero lo mas frecuente es que ofrezca malos resultados por demasiado inveterada. De todos modos, usando anteojos podrá calmarse el dolor, y ocultar hasta cierto punto la deformidad repugnante que ocasiona.

(1) Velpeau, *Maladies des yeux*, p. 19.

ARTÍCULO II.

ANOMALÍAS FUNCIONALES: PTOSIS Ó CAIDA DEL PARPADO SUPERIOR; BLEFAROSPASMO; PARÁLISIS DEL ORBICULAR.

1.° PTOSIS.

Esta enfermedad, designada tambien con la denominacion de *blefaroptosis*, consiste, como lo indica su nombre, en un desprendimiento del párpado superior por delante del globo del ojo.

§ I.—Causas y variedades.

No es raro observar esta deformidad en los recien nacidos y hallarla complicada con el *epicanthus* (1). Dice Mackenzie (2) que es incompleta casi constantemente y que se debe atribuir á una atrofia primitiva del músculo elevador del párpado, el cual parece mas bien adelgazado que hipertrofiado. Debe advertirse igualmente que esta ptosis incompleta casi siempre es hereditaria y va acompañada de un aplastamiento de la bóveda sub-ciliar.

Bajo el punto de vista de las causas que producen la ptosis accidental, pueden distinguirse diferentes variedades: *a.* por *hipertrofia; b.* por *atonía del músculo elevador*; y *c.* por *parálisis de dicho músculo.*

La ptosis por hipertrofia es *aguda* ó *crónica*. En el primer caso, depende, ya de una inflamacion aguda acompañada de congestion y de secreciones plásticas y serosas, ya de una inflamacion crónica con hiperplasia del tejido conectivo. El edema de los párpados consecutivo de una enfermedad constitucional, ó de una afeccion del corazon, produce idéntico resultado, de la misma manera que cualquiera evacuacion sanguínea espontánea ó de orígen traumático. Finalmente, la acumulacion de grasa en los párpados de los niños, sobre todo, triunfa muchas veces de la potencia elevadora y determina el desprendimiento del párpado superior.

Ptosis por atonía.—Si la variedad precedente se halla caracterizada por un volúmen extraordinario del párpado, quedando intacto su elevador; esta otra variedad resulta de una insuficiencia del músculo, quedando normal el volúmen del párpado. Las causas que debilitan al elevador son su degeneracion grasa (*ptosis senil*), la seccion de sus fibras y la de la aponeurosis tarso-orbitaria (3) donde tienen dichas fibras su punto de union.

(1) Sichel. *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 646.
(2) Mackenzie. *loc. cit.*, p. 260.
(3) Wecker, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 671.

La tercera variedad (*ptosis paralítica*) se confunde con la parálisis del tercer par. (Véase t. I, p. 995, PARÁLISIS DEL MOTOR OCULAR COMUN.)

§ II.—Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

La sintomatología de la ptosis es sumamente sencilla; el párpado superior caido sobre el globo no se puede levantar, sean cualquiera los esfuerzos que haga el enfermo. Cuando no se halle la córnea cubierta enteramente, por consecuencia de tener la cabeza inclinada hácia atrás, es posible que la luz llegue hasta la retina y que permita la percepcion de los objetos; pero lo mas frecuente es que resulte una diplopia, lo que conduce al estrabismo interno. Cuando el nervio motor ocular comun se halla interesado, existe al mismo tiempo una midriasis muy pronunciada, causa de la parálisis de los nervios ciliares. El pronóstico depende aquí, sin duda, del orígen de la afeccion y de su antigüedad. Cada una de las variedades exige su medicacion propia. A la ptosis por hipertrofia se opondrán agentes que combatan la inflamacion aguda y crónica, el edema y las pérdidas sanguíneas. Localmente están indicadas las aplicaciones resolutivas. Muchas veces será preciso modificar el estado de la conjuntiva, porque ella suele ser tambien el punto de partida de los accidentes observados. Cuando hay una relajacion del párpado por simple atonía, conviene ayudar la accion del elevador tonificando la piel y disminuyendo su extension por medio de incisiones efectuadas con el fin de obtener cicatrices. De Graefe (1) aconseja que se quite una parte del orbicular del párpado superior, para aumentar la potencia relativa del elevador, que es antagonista suyo. Sichel (2) utiliza con gran ventaja una pinza elástica muy pequeña, cuyo freno coge el párpado y lo mantiene levantado, mientras que sus ramas se ocultan entre los cabellos. Testelin y Warlomont tambien hablan en favor del mismo procedimiento (3).

La parálisis del elevador se combate empleando todos los medios apropósito para esta afeccion. (Véase t. I, p. 995, PARÁLISIS DEL MOTOR OCULAR COMUN.)

2.° BLEFAROSPASMO (4).

El blefarospasmo es una afeccion convulsiva y espasmódica de los párpados, que consiste en contracciones intermitentes ó contínuas, ó tónicas del músculo orbicular, y del elevador del párpado superior.

(1) De Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*, Bd. IX, Abtheilung II, S. 59.
(2) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 644.
(3) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 266.
(4) Véase Gosselin, artículo BLÉPHAROSPASME del *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. V,

Localizadas en un grupo de fibras musculares, pueden invadir todos los músculos motores y aun extenderse á los de la cara. Esto se comprende sin dificultad, por consecuencia del conocimiento que ya tenemos acerca de cómo se distribuye y funciona el nervio facial.

§ I.—Especies y variedades.

Atendiendo al grado de la enfermedad y á la forma de la convulsion, los autores han admitido distintas variedades de blefarospasmo. Mackenzie describe tres especies: 1.°, el estremecimiento ó temblor sencillo de los párpados; 2.°, los guiños, y 3.°, el espasmo propiamente dicho. En el primer caso, los enfermos experimentan una sensacion de tirantez ó de temblor en la region del párpado. Dicha sensacion no va siempre acompañada de movimientos aparentes y dolorosos; pero alguna vez suele coincidir con una especie de movimiento vermicular de cierta porcion del párpado. Cuando la contraccion de las fibras tienen mayor energía, entonces se producen desalojamientos completos, ya limitados á los velos palpebrales, ya extensibles á todos los músculos que anima el facial (1).

En el segundo caso, la enfermedad se halla caracterizada por unos guiños instantáneos que resultan de cerrar muchas veces durante muy corto tiempo, ya el párpado superior ó inferior aisladamente, ya ambos párpados de un ojo ó de los dos á la vez.

En el tercer caso, es mayor y mas persistente la convulsion, y suele ir acompañada de una gran intolerancia para la luz; lo que indica que hay alteraciones congestivas y quizás ulcerativas de las membranas del ojo.

§ II.—Causas.

Las causas del espasmo de los párpados pueden agruparse naturalmente en tres categorías, segun que ataquen primitivamente á la fibra muscular, á la fibra nerviosa sensitiva, ó á la fibra nerviosa motriz; el espasmo tiene entonces orígen reflejado.

La fibra muscular es susceptible de padecer directamente de convulsiones; cuando se halla irritada por la herida de un instrumento punzante ó cortante, y cuando se encuentra sometida á la accion de una sustancia tóxica, como la del alcohol. El temblor palpebral se observa mucho efectivamente en el alcoholismo crónico. La solucion del extracto de las habas del Calabar obra del mismo modo, siempre que determina las contracciones espasmódicas de los párpados.

Del tronco del facial ó de una de sus ramas secundarias, es de donde parte la afeccion, cuando se trata del movimiento indolente de

(1) Francois, *Essais sur les convulsions idiopathiques de la face*. Bruselas, 1843.

la cara ó del curso de las enfermedades nerviosas generales, tales como el histerismo y la epilepsia, y el reumatismo.

La causa mas frecuente del blefarospasmo es de orígen reflejo; y en el padecimiento de los nervios sensitivos existe su punto de partida. El nervio trigémino, es generalmente quien trasmite la contraccion espasmódica ; de modo que la presencia de un cuerpo extraño en el saco conjuntival, cualquier inflamacion de la conjuntiva, y sobre todo las ulceraciones de la córnea, irritando las extremidades periféricas de los nervios sensitivos, determinan el espasmo de los párpados. Algunos autores creen que en tales circunstancias solo influye la congestion de la retina, y que los enfermos cierran instintivamente los párpados con objeto de impedir que entre demasiada luz en la retina congestionada. Oponiéndose á esta idea, Wecker dice (1) que el blefarospasmo conserva toda su violencia en algunos enfermos, aunque se hallen bajo una oscuridad completa; y que en otros la ausencia de luz apenas disminuye la energía y la frecuencia de las contracciones del orbicular. Las heridas y nevralgias del nervio sub-orbitario, y las nevralgias de los nervios dentarios superiores é inferiores, van acompañadas muchas veces de blefarospasmo. El doctor Hays de Filadelfia (2), refiere diferentes ejemplos de curacion conseguida extrayendo los dientes cariados.

Tambien deberemos atribuir á la accion refleja del neumogástrico y del gran simpático, todos los casos de convulsiones palpebrales que indican los observadores como consecutivos de desórdenes intestinales y de la presencia de entozoarios en las vias digestivas.

§ III.—Síntomas diagnóstico y pronóstico.

El carácter principal reside en el movimiento convulsivo de los párpados. Desde el estremecimiento sencillo localizado, se puede extender la convulsion á todos los músculos de cualquier lado de la cara, y arrastrar en el fenómeno á los del lado opuesto, hasta el punto de que sea fácil suponer la existencia de una hemiplegia facial (3).

Pero entonces la contraccion nunca es tan contínua, para que en sus momentos de reposo deje de haber ocasion de determinar la naturaleza de la afeccion á que corresponde. Cuando la enfermedad consiste simplemente en guiñar, el enfermo puede manejarse; pero hay espasmos intermitentes tan extensos que impiden periódicamente la vista, y hacen muy peligrosa la marcha por calles donde existan ciertos obstáculos. En cuanto al espasmo tónico y casi permanente, evita que los enfermos salgan de casa, y aun priva mientras dura de toda ocupacion. El *nystagmus* (nitalmus), otra afeccion convulsiva de los ojos, con la cual se desorrolla en estado congénito el espasmo de los

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 677, 1864.
(2) Hays (de Filadelfia), *Medical Gazette*, vol. XXVIII, p. 617.
(3) De Graefe, *Archiv für Ophthalmologie*, Berlin, Band I, Abtheilung I, S. 440.

párpados, se halla reducido á un movimento oscilatorio del globo del ojo, que se distingue perfectamente de la convulsion palpebral.

El *pronóstico* es grave generalmente. Exceptuando el caso en que la enfermedad dependa de haberse introducido un cuerpo en el seno lacrimal, de una inflamacion de los ojos ó de una alteracion de las vias digestivas, casi siempre es muy tenaz y resiste á cuantas medicaciones se emplean en contra suya.

§ IV.—Tratamiento.

Las medicaciones terapéuticas deben dirigirse á la causa de la enfermedad. El temblor debido al alcoholismo se combate privando al enfermo el uso de bebidas espirituosas. El espasmo simpático de una alteracion de las vias digestivas, puede ceder administrando purgantes ligeros. Y el mismo éxito se obtiene en todos los casos de estreñimiento pertinaz. Cuando hay atonía general, clorosis ó anemia, pueden emplearse con gran éxito las preparaciones de hierro y de quina y las infusiones amargas.

Si la enfermedad fuere puramente nerviosa ó procediera de una alteracion en las funciones del nervio facial, convendria hacer uso de los antiespasmódicos interior y exteriormente. La pulverizacion del agua fria sobre los párpados (1), y lo que es mejor aun, la pulverizacion de líquidos medicamentosos, tales como una infusion de belladona ó una disolucion de extracto de opio, han prestado grandes servicios. Deval dice que para obtener un éxito satisfactorio, se use la pomada de veratrina, bajo las dósis crecientes de 25, 50 y 75 centígramos hasta 1 gramo del expresado alcaloide, con suficiente cantidad de alcohol y 15 gramos de manteca. Carron de Villards curó un espasmo de los párpados que padecia cierto literato hacia mucho tiempo usando interiormente agua de laurel cerezo en la dósis de 15 gramos por mañana y tarde, y bañando el ojo enfermo con el líquido expresado. Tambien podrian ensayarse.

El blefarospasmo de orígen reflejo exige que antes se cure la enfermedad primitiva. Las oftalmías crónicas hay que atacarlas por los medios ordinarios que se indican en los capítulos de las BLEFARITIS y de las OFTALMÍAS PROPIAMENTE DICHAS. El que va unido á las nevralgias, y que recibe el nombre de *doloroso convulsivo*, es muy rebelde, y llega á necesitar la intervencion quirúrgica cuando los calmantes no han producido en él resultado alguno (2). De Graefe ha practicado con éxito la seccion del nervio sub-orbital. Cunier y Dieffenbach suelen dirigir el instrumento cortante al músculo orbicular mismo y obtener la curacion. Desmarres (3) encuentra inaceptable el procedimiento referido. Fano ha tratado de combinar la seccion del

(1) Jungken, *Lehre von der Augenkrankheiten*, p. 778.
(2) De Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*, t. I, p. 440.
(3) Desmarres, *loc. cit.*, t. III, p. 609.

sub-orbitario con la de las fibras correspondientes del orbicular, y el éxito ha sido completo en la observacion á que nos referimos. Tambien hemos consignado ya los buenos resultados obtenidos por la extraccion de los dientes cariados y dolorosos.

En resúmen: extirpacion de cuerpos extraños, curacion de oftalmías, antiespasmódicos interior y exteriormente, cloroformo, electricidad y tratamiento médico y quirúrgico propio de las nevralgias.

Despues de las afecciones espasmódicas de los párpados, convendria tratar de su *parálisis*, pero se ha creido mas oportuno dejar esta cuestion para los artículos que traten de la PARÁLISIS DEL NERVIO MOTOR OCULAR COMUN y DEL FACIAL. Véase tomo I, pág. 995 y 998.

CAPÍTULO III.

Enfermedades de los conductos lagrimales.

Los conductos lagrimales comprenden la glándula lagrimal y sus conductos excretores, el saco y el conducto nasal. Estos diferentes conductos se hallan separados entre sí por el espacio que media entre el ángulo externo de los párpados y su ángulo interno. Pero esta interrupcion no es absoluta. Un conducto incompleto, resultante de la union de los bordes palpebrales, sirve de lazo de union entre los conductos escretores de la glándula lagrimal y los conductos lagrimales propiamente dichos. Para que fuere completo cualesquier Tratado especial de las enfermedades de los ojos, convendria hablar en él separadamente de las afecciones que padezcan las diferentes partes constitutivas de los conductos lagrimales. Nosotros solo nos ocuparemos de hacer la historia de la inflamacion catarral y flemonosa del saco lagrimal, dando una cortísima indicacion de alteraciones que interesen á las demás partes.

Las *enfermedades de la glándula lagrimal* son rarísimas. Su inflamacion *(dacriodenitis)*, descrita en todos los libros, apenas la han observado los médicos. Schmidt (1) pretende, sin embargo, que es frecuente. Todd (2), que la tiene perfectamente estudiada, atribuye su orígen á una propagacion de las inflamaciones de la mucosa de los párpados hasta invadir la glándula lagrimal. Se caracteriza por una sensacion de sequedad en la superficie del ojo y por el dolor y la intumescencia que invaden desde luego el párpado superior. Cuando es considerable la hinchazon, el ojo se retrae hácia dentro, y la vista se altera mas ó menos. La *dacriodenitis* aguda avanza como un flemon y termina supurando ó pasa al estado crónico, produciendo la induracion de la glándula lagrimal. Si únicamente se interesa la por-

(1) J. A. Schmidt, *Ueber die Krankheiten der Thranenorgans*. Wien, 1803, p. 341.
(2) Todd, *Dublin Hospital Reports*, 1822, vol. III, p. 408.

cion palpebral de la glándula, queda limitada al párpado la prominencia flemonosa. Mackenzie, que ha comprobado esto con algunos ejemplos, dice que en tales casos el párpado superior se hincha, enrojece y sufre cierto dolor por su ángulo externo, y que inspeccionando la mucosa aparecen los *acini* (granillos) con un volúmen mayor, rojos al principio y blancos despues y llenos de pus. El *diagnóstico*, que *depende enteramente* del sitio de la inflamacion, debe ser siempre dudoso, porque nos parece imposible que llegue á averiguarse si es la glándula quien está enferma ó si es el tejido celular que la rodea. El *pronóstico* tampoco es positivo, sino en el caso en que el tejido célulo-adiposo de la órbita participe de la flegmasía. El *tratamiento* será antiflogístico y proporcionado á la intensidad de la afeccion: aplicaciones locales de sanguijuelas, fricciones con el ungüento mercurial, cataplasmas y abertura del tumor purulento á medida que se manifieste la supuracion.

Las demás alteraciones de la glándula lagrimal consisten en su *hipertrofia* sencilla, su *degeneracion cancerosa* y un cambio particular probablemente de naturaleza cancerosa, que se ha descrito con el nombre de *chloroma* ó tumor verde (1). Además suelen encontrarse en ella quistes y dacriolitas, constituidas principalmente por fosfato cálcico, una pequeña cantidad de carbonato de dicha base é indicios de materia animal.

Las *alteraciones de la secrecion lagrimal* nunca ó casi nunca son idiopáticas. Ha habido quien ha dicho que la supresion de las lágrimas llevaba consigo la sequedad del ojo (*xeroma lagrimal*, *xeroftalmía*). Pero ya está perfectamente demostrado que el mucus palpebral humedece suficientemente el globo del ojo, como resulta de las observaciones de Maslieurat-Lagemart. Cualquier emocion moral intensa ó cualquier alteracion profunda del parénquima de la glándula, basta para que se disminuya la secrecion lagrimal.

Epífora.—Es preciso distinguir la *epífora* del *lagrimeo*, porque estos dos términos, aunque confundidos habitualmente, se hallan muy lejos de ser sinónimos. El primero se aplica á la hipersecrecion de las lágrimas, y el segundo á su derrame por las mejillas, cuando aquellas encuentran un obstáculo en los conductos escretores, ya sea normal ó excesiva la secrecion de las lágrimas. La epifora se produce en dos circunstancias: 1.ª, por accion refleja cuando existe una inflamacion de la córnea, del íris y de las membranas profundas, y tal vez por una propagacion inflamatoria á lo largo de los conductos escretores de la glándula lagrimal; 2.ª, bajo el influjo de una depresion moral ó de una pena profunda. Nada hay tan fácil como reconocer esta afeccion, que se cura en cuanto desaparece la causa que la dió orígen.

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 122, y *Monthly Journal of medical Science*, 1853, p. 98.

Las *enfermedades de los conductos escretores de la glándula lagrimal* pertenecen todas á la cirujía, á saber: 1.°, *dilataciones quísticas (dacriopes)*; 2.°, *cálculos* análogos á los de la glándula lagrimal; 3.°, *fístulas* de las cuales refiere Jarjavay dos observaciones (1).

Enfermedades de los puntos y conductos lagrimales.—Consisten en *inflamaciones, estrecheces y dilataciones, obliteraciones, abscesos y fístulas*, ó *cambios de direccion*, y además en *tumores pólipos* y en la presencia de *cuerpos extraños*, especialmente de *dacriolitas*. Muchas de estas afecciones no son otra cosa que consecuencias de las inflamaciones de los párpados antes referidas ó del seno lagrimal, cuya historia queda aun que hacer.

ARTÍCULO PRIMERO.

INFLAMACION DEL SENO LAGRIMAL Y DEL CONDUCTO NASAL.

Division.—Se divide naturalmente en dos variedades, segun que la inflamacion quede limitada á la mucosa, qué es el caso de la *inflamacion catarral*, ó que se propague al tejido celular sub-cutáneo, que es el de la *inflamacion flegmonosa, de la inflamacion catarral del seno lagrimal y del conducto nasal (dacriocistitis crónica, blenorrea del seno, tumor lagrimal y mucocele)*.

§ I.—Historia y bibliografía.

No hay enfermedad sobre la que se haya trabajado tanto como sobre la que nos ocupa en este momento. Los antiguos la conocian mucho; pero su ignorancia absoluta acerca de la anatomía normal de los conductos lagrimales les sugeria ideas extraordinariamente falsas respecto del orígen y de la naturaleza del mal. Maitrejean (2), fué el primero que dió una descripcion satisfactoria bajo ciertos puntos de vista, aunque incompleta acerca de los demás. Despues de Maitrejean, vino Anel á dar su nombre á un instrumento que aun sirve en cirujía (3). J. L. Petit hizo respecto del mismo asunto una série de Memorias importantísimas (4), desde 1735 hasta 1844. Por los años de 1801, Scarpa (5) emitió nuevas ideas; negó, si así puede decirse, las enfermedades del seno y del conducto nasal, declarando que los productos inflamatorios que se hallan en dichas

(1) Jarjavay, *De la tumeur lacrymale formée par la dilatation des conduits excréteurs des larmes (Gazette des hôpitaux*, 1851, n.° 124, p. 493).

(2) Maitrejean, *Traité des maladies de l'œil*, p. 455, 456, 467. Troyes, 1707.

(3) Anel, *Observation singulière sur la fistule lacrymale, dans laquelle on apprendra la méthode de la guérir radicalement*. Turin, 1713.

(4) J. L. Petit, *Œuvres complètes*. Paris, 1837.

(5) Scarpa, *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 1. Paris, 1821.

cavidades provienen de la inflamacion de la conjuntiva de los párpados. Esta teoría de Scarpa era inaceptable; y sin embargo, tuvo por resultado atraer la atencion sobre las causas verdaderas del tumor lagrimal, ó lo que es lo mismo, sobre el elemento inflamatorio que lo determina. Además de los trabajos de Dupuytren, Bégin, Velpeau, Mackenzie, Malgaigne (1), etc., se deberán consultar muy despacio las monografías mas recientes de Bowman (2), Arlt, Béraud (3), y Fano (4).

§ II.—Causas.

1.° *Predisposiciones individuales.*—Segun opinan médicos distintos, las mujeres están mas predispuestas á padecer dicha enfermedad que los hombres. En veinte observaciones, solo ha hallado Fano un hombre y dos niños, porque las diez y siete restantes fueron hechas sobre mujeres atacadas de dicha afeccion. Se manifiesta en todas las edades, pero generalmente en la edad adulta. Cuando coincide el *temperamento escrofuloso* con un abultamiento exagerado de los ojos y un aplanamiento pronunciado de la parte posterior de la nariz puede decirse que hay ya causa predisponente. Sin embargo, Wecker y Arlt, dicen que la conformacion diametralmente opuesta es susceptible de producir catarros lagrimales, por consecuencia del aplanamiento lateral del conducto nasal procedente de dicha mala conformacion. Y de esta circunstancia es de donde depende, al parecer, la frecuencia relativa del tumor lagrimal entre los israelitas.

2.° *Causas predisponentes morbosas.*—La estrechez congénita ó adquirida del conducto nasal, y su obliteracion por medio de un cuerpo extraño y de un tumor desarrollado cerca de él, han sido y son todavía, por algunos autores invocadas como causas predisponentes y ocasionales positivas de dicha enfermedad. Y de este parecer eran Maitrejean y J. L. Petit. Pero los trabajos de Béraud demuestran cuán lejos se halla esto de la verdad. Fano, partidario exclusivo del orígen primitivamente inflamatorio del catarro lagrimal, resume en las proposiciones siguentes todos los puntos de contacto susceptible de existir entre las alteraciones del conducto nasal y el catarro del saco: 1.° *Puede haber una estrechez del conducto nasal, sin que exista tumor ó fístula del saco lagrimal.* Béraud (5) refiere un hecho que confirma la verdad de semejante aserto. 2.° *Puede haber un tumor y aun*

(1) Malgaigne, *Thése pour l'agrégation en chirurgie*. Paris, 1835.
(2) Bowman, *Du traitement des obstructions lacrymales (Annales d'ocul.*, tomo XXIX, p. 78).
(3) Béraud, *Recherches sur la tumeur lacrymale (Archives de médecine*, 1853).
(4) Fano, *Recherches sur le catárrhe du sac lacrymal*, 1863, y *Traité pratique des maladies des yeux*, t. 1, p. 250.
(5) Béraud, *Recherches súr la tumeur lacrymale (Archives générales de médecine*, 1835, t. I, p. 315, 5.ª série).

una fístula del saco, lo mismo cuando el conducto nasal sea muy permeable que cuando esté dilatado. Esto se desprende indudablemente de una observacion de Auzias-Turenne, consignada en la Memoria de Béraud. 3.° *Puede haber un tumor y una fístula del saco lagrimal, del mismo modo cuando el canal se halla obliterado, que cuando lo está la embocadura de los conductos lagrimales*. Velpeau consigna un hecho en apoyo de esta proposicion (1). La teoría de la obstruccion del conducto nasal ha servido para explicar por analogía la dilatacion del seno lagrimal; suponiendo que las lágrimas llamadas y retenidas incesantemente hácia la parte interior del saco, lo irritaban ó inflamaban. ¿Pero cómo suponer que los conductos lagrimales tuviesen la fuerza suficiente para llevar á través de los puntos las lágrimas vertidas sobre la conjuntiva, cuando el saco rebosa de líquidos y se halla mas ampliado de lo regular? Siendo imposible en el estado actual de la ciencia resolver esta duda, hemos tenido que admitir que el ensanche del saco proviene de la afluencia de los líquidos segregados por las paredes de la mucosa y con especialidad por las glándulas de que consta, y que, segun Béraud, son muy análogas á las de Meibomius. Sin prescindir completamente del influjo que puedan tener las estrecheces del conducto nasal en la produccion del catarro lagrimal y del tumor consecutivo, nosotros tenemos una gran tendencia á admitir las conclusiones de Fano (2):

Las afecciones designadas con los nombres de tumores y fístulas del saco lagrimal, son generalmente consecuencias de una flegmasía catarral de dicho saco.

Las estrecheces del conducto nasal son un fenómeno puramente accesorio de las enfermedades.

Los tumores y las fístulas del saco, se curan combatiendo la inflamacion catarral de la mucosa que tapiza dicha cavidad.

3.° *Causas ocasionales.*—Rara vez es idiopático el catarro lagrimal. Haciendo abstraccion de los golpes, heridas y cuerpos extraños que pueden influir en que se inflame la mucosa, las causas determinantes mas probadas resultan de propagaciones inflamatorias á los conductos lagrimales, de flegmasías de la membrana de Scheider y de oftalmías externas, las frecuentes en todos los períodos de la vida. La oftalmía granular tiene por su tenacidad y por su dureza un influjo pernicioso en el desarrollo del catarro lagrimal.

§ III.—Síntomas.

Uno de los síntomas principales del catarro lagrimal es el ser crónico. Al principio produce solo un poco de incomodidad; y únicamente cuando ha trascurrido algun tiempo ó bajo la accion de recrudescen-

(1) Velpeau, *Dictionnaire de médecine* en 30 volúmenes, t. XVII, p. 371.
(2) Fano, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 1864, t. I, p. 281.

cias inflamatorias, es cuando llega á preocupar al enfermo, presentándose con signos característicos.

Síntomas objetivos y anatomía patológica.—Segun Wecker (1), los caractéres del catarro lagrimal son: 1.°, *aumento morboso de la secrecion mucosa; 2.° crecimiento del espesor de esta membrana, al cual puede seguir un adelgazamiento*; 3.° *dilatacion de las paredes del saco.*

1.° En el estado ordinario, la mucosa del saco lagrimal se halla humedecida con una corta cantidad de líquido trasparente, que forma hebra entre los dedos y que contiene células epitélicas cilíndricas. En el estado patológico, el líquido segregado aumenta de cantidad, pierde de trasparencia y se vuelve turbio. Las células epitélicas adquieren los caractéres de las del mucus, siempre que no haya ulceracion de las paredes, y los del pus, cuando ya está interesado el dermis de la mucosa. En el principio, apenas puede conseguir que, al comprimir el saco, salga de los puntos lagrimales una gota de líquido ligeramente turbio; pero despues, siendo la secrecion mas abundante, y ocupando una cavidad muy extensa, sale en virtud de la presion mayor cantidad de líquido. Este tiene un color claro ó amarillento y encierra, por lo general, gran número de filamentos blanquecinos, y como seudo-membranosos.

2.° Cuando hay precision de abrir el saco lagrimal, con un objeto terapéutico cualquiera, encontramos la mucosa hinchada, tomentosa y recubierta á veces de elevaciones papiliformes y de diferentes plegaduras. Al mismo tiempo, el orificio interior del saco se halla contraido de tal modo que el líquido espeso y viscoso queda encerrado dentro de la cavidad, sin que le sea posible fluir por el conducto nasal.

3.° El ensanche del saco lagrimal es consecuencia indeclinable de la presion que los líquidos segregados ejercen sobre sus paredes. El tumor que de ello resulta adquiere un volúmen extraordinario, sobre todo cuando la inflamacion es superficial; pero en el caso opuesto, se forman abscesos cuyas aberturas ponen en comunicacion la parte interior del saco, con el aire libre. A medida que aumenta la dilatacion, el tumor adquiere diferentes formas: siendo únicamente visible al principio por debajo del tendon del orbicular, acaba por sobreponerse á él, y adquiere una forma *bilobada.* Cuando la porcion saliente es muy voluminosa recibe el nombre de *hernia del saco lagrimal* (Heister). Sin embargo, la mucosa se adelgaza, se vuelve lisa, adquiere color gris pálido, y viene á manifestar cierta analogía con las membranas serosas. Al mismo tiempo, el líquido cambia de naturaleza; toma mayor fluidez; se aclara, y solo presenta algunos filamentos repartidos dentro de su masa. Esta trasformacion recibió de Anel la denominacion de *hidropesía del saco lagrimal.* En sus diferentes condiciones, el tumor ofrece una blandura característica: es fluctuante, y bajo la influencia de una compresion hecha con cierto

(1) Wecker, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 1864, t. I, p. 798



método, se vacía, ya por los conductos lagrimales, ya por el conducto nasal. La evacuacion es tanto mas sencilla, cuanto mayor sea la fluidez del líquido y cuanto menos entumecida se halle la mucosa; pero, por causa de la inflamacion, puede llegar hasta tal punto la desorganizacion de los conductos que estos se vuelvan impermeables y que el tumor se enquiste, llamándose entonces *micocele.*

Síntomas fisiológicos.—El dolor que sufren los enfermos no es generalmente muy intenso. Sienten solo una ligera incomodidad al mover los párpados, cuando estos, como suele ocurrir, constituyen el asiento de una complicacion inflamatoria. Pero el síntoma mas desagradable consiste en un contínuo lagrimeo. Este es mas abundante por el dia que por la noche, aunque los enfermos suelen hallarse mejor despues de haber dormido. Han dicho algunos, sin razon, que el tumor era menos voluminoso durante el dia que durante la noche; atribuyendo el fenómeno á una evaporacion de las lágrimas en la superficie del ojo, cuando están los párpados abiertos. Pero la verdad es que si el tumor disminuye de volúmen durante la noche, será probablemente porque el reposo del ojo modere la intensidad de la inflamacion de la mucosa y en su consecuencia detenga la secrecion de los productos morbosos. Algunas veces el enfermo experimenta una sensacion de sequedad en la nariz correspondiente al lado afecto; pero este hecho no ocurre tan á menudo como han supuesto algunos autores. Mas bien indica una complicacion inflamatoria por parte de la nariz que una falta de humedecimiento del conducto nasal por las lágrimas detenidas dentro del saco. Los líquidos evacuados no son los que se destinan á humedecer los conductos, sino los productos de secrecion de sus elementos glandulares propios.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La marcha del catarro lagrimal es esencialmente crónica. Cuando la afeccion es subaguda y se halla bajo la dependencia de una enfermedad eruptiva, tal como el sarampion, puede desaparecer rápidamente, y sin dejar huella alguna de su existencia. Cuando, por el contrario, va estableciéndose insensiblemente, mientras se desarrolla á expensas de las paredes del saco un tumor con adelgazamiento de los tejidos, no hay que esperar ya se cure de una manera espontánea. Entonces persiste indefinidamente, á menos que se dirija contra ella una medicacion eficaz, aunque siempre incierta. Lo mejor que puede ocurrir al paciente es que la enfermedad quede estacionaria, y no llegue á parar á esos recrudecimientos inflamatorios y flemonosos que casi fatalmente conducen á la *fístula lagrimal.*

La *inflamacion flegmonosa* es rara vez espontánea. Casi siempre se determina en sugetos afectados desde muy antiguo con catarros del saco. La presencia de un cuerpo extraño, las tentativas hechas para curar el catarro por medio de la inyeccion de líquidos irritantes, ó la

introduccion de sondas son generalmente su causa ocasional. Entonces aparece, en el nivel mismo del saco lagrimal, un tumor rojo y doloroso, que se extiende por los párpados y por toda la region orbitaria. Hay extrecimientos, fiebre é insomnio, y un lagrimeo no interrumpido. Muy pronto llega á presentarse la supuracion en el tejido celular subcutáneo y en el interior del saco; los tegumentos se adelgazan y se ulceran, y los productos segregados salen al exterior por el intermedio de una fístula, haciendo que comuniquen entre sí la superficie cutánea y el saco lagrimal. En este grado extremo, aun podria curarse la enfermedad espontáneamente por obliteracion de la fístula y adhesion de las paredes del saco lagrimal; pero semejante hecho constituiria una rara excepcion. Habitualmente la fístula persiste y llega á ser, como es natural, del dominio de la terapéutica quirúrgica.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Casi siempre es fácil reconocer la inflamacion catarral del saco lagrimal. Sin embargo, hemos visto desarrollarse en dicha region tumores líquidos que pueden pasar mas ó menos por tumores lagrimales. Deval, que ha observado casos de esta especie, indica los medios de evitar el error.

1.° *Diagnóstico del tumor lagrimal y de un quiste desarrollado por delante del saco lagrimal.*

TUMOR LAGRIMAL.	QUISTES SUB-CUTÁNEOS.
En el catarro del saco hay lagrimeo constantemente.	Existen habitualmente sin epífora.
Los tumores lagrimales se hallan casi siempre complicados con la inflamacion de los párpados y de la conjuntiva.	Esta complicacion es excepcional, tratándose de los quistes.
La compresion del tumor hace que salga el líquido contenido en él, por los puntos lagrimales, exceptuando los períodos avanzados y cuando se haya producido un *mucocele*.	Las bolsas enquistadas nunca se vacían por la presion del dedo.
El chorro de la jeringa de Anel ó del aparatito de que ya hemos hablado (página 832) se vuelve por los puntos lagrimales y se extiende difícilmente por la nariz.	El líquido inyectado se extiende con abundancia por la nariz correspondiente.
Los tumores lagrimales se hallan sujetos á variaciones de volúmen diarias.	El volúmen de los quistes es invariable.
Cuando hay un mucocele, se hace imposible todo género de inyeccion en el saco.	La inyeccion puede verificarse en todos aquellos casos de quiste que dejen intactas las vias lagrimales.

Los tumores duros, huesosos ó de cualquier otra naturaleza que se desarrollen cerca del saco lagrimal, nunca podrán pasar por catarros del saco, atendiendo á su dureza, á la falta de fluctuacion que manifiestan y á la integridad mas ó menos absoluta de las vias lagrimales.

El *anquilope* de los antiguos no es mas que un flemon desarrollado delante del saco. Para distinguirlo de la dacriocistitis flemonosa, es preciso tener en cuenta los síntomas que indica el siguiente cuadro:

2.° *Diagnóstico de la dacriocistitis flemonosa y del anquilope.*

DACRIOCISTITIS.	ANQUILOPE.
La dacriocistitis va casi siempre precedida del catarro del saco y del lagrimeo.	El anquilope se presenta desde luego. No le precede el menor lagrimeo.
La inyeccion del saco lagrimal no puede hacer que penetren los líquidos en la nariz.	Si el entumecimiento de las partes no llega á los puntos lagrimales, el líquido inyectado penetra en las narices.
Cuando se ha formado una fístula por la abertura del saco, el líquido inyectado sale por el orificio cutáneo.	Cuando se ha abierto el absceso y de ello resulta una fístula incompleta *(anquilope)*, los líquidos inyectados recorren las vias lagrimales para no derramarse ya por las mejillas.

Pronóstico.—Si en algun caso favorable fuera permitido contar con una curacion espontánea ó provocada por los resursos del arte, lo cierto es que en la mayoría de ellos, ni la enfermedad se cura, ni experimenta otra cosa que modificaciones ventajosas de cortísima importancia por consecuencia de todos los tratamientos intentados para combatirla. Dice Mackencie que en los niños la enfermedad suele desaparecer rápida é inesperadamente cuando llegan al período de la pubertad; porque entonces tiene lugar de una manera completa el desarrollo de los conductos óseos; y prueba de ello el caso de Margarita Perier, sobrina del célebre Pascal, cuya curacion fué tan repentina, que se consideró como un milagro, y se atribuyó á haber adorado cierta reliquia (1).

§ VI.—Tratamiento.

No se halla muy distante la época en que los médicos, consecuentes con la teoría de la obstruccion, atacaban desde luego por los procedimientos quirúrgicos mas enérgicos todos los tumores lagrimales, cualquiera que fuese su importancia. Pero hoy ya han abandonado los prácticos aquella manía operatoria y hasta resisten la introduccion de cánulas de todas especies en las vias lagrimales alteradas. Mas convencidos de la naturaleza inflamatoria de la enfermedad

(1) Bossut, *Discours sur la vie et les ouvrages de Pascal.* La Haye, 1781.

y comprendiendo mejor las alteraciones de la mucosa, buscan ahora directamente á los modificadores locales, y solo usan por rara circunstancia de los instrumentos para dilatar.

El tratamiento se funda en tres indicaciones principales: 1.°, *moderar la inflamacion de la mucosa del conducto lagrimo-nasal*; 2.°, *agotar las secreciones morbosas;* 3.°, *restablecer el calibre de las vias lagrimales*. Las dos primeras indicaciones se encuentran mas ó menos subordinadas á la primera. Se comprende efectivamente que habiendo recobrado ya la mucosa su textura normal, la secrecion tendrá que establecerse bajo sus condiciones fisiológicas, y que el calibre de dichas vias podrá adquirir sus ordinarias dimensiones. Ch. Deval, que ha estudiado perfectamente el tratamiento médico del catarro de las vias lagrimales, lo divide en tres partes, segun hay necesidad de aplicar los remedios sobre la mucosa de las fosas nasales, la superficie cutánea ó el sitio de emergencia de los puntos lagrimales en la conjuntiva ocular (1).

1.° *Via nasal.*—En el período sub-agudo y aun en los períodos completamente crónicos, Mackenzie (2) aconseja que se hagan varias aplicaciones de sanguijuelas sobre la mucosa de la nariz correspondiente, que tienen por resultado disminuir la obstruccion de la mucosa del conducto nasal. Es muy raro, sin embargo, que estas evacuaciones sanguíneas locales basten para determinar la curacion; y es preciso, por lo tanto, secundar su accion valiéndose de otros agentes. Las *fumigaciones emolientes y resolutivas* tienen la doble ventaja de disminuir la viscosidad de las mucosidades que interceptan el conducto nasal, y de modificar el estado inflamatorio de la mucosa. Las infusiones de plantas aromáticas, de saúco, de manzanilla, de romero y de espliego, convertidas en excitantes, añadiéndolas una corta cantidad de alcohol puro ó alcanforado, sirven perfectamente cuando se las inyecta en las fosas nasales, ó cuando el enfermo las aspira simplemente. Tambien pueden utilizarse los pulverizadores en estas circunstancias (véase tomo II, p. 521). Chassaignac (3) recomienda que se hagan inyecciones en el conducto nasal por el cateterismo infero-superior, y con este objeto emplea una sonda de Gensoul, provista de un agujero y susceptible de adaptar á una bomba atmosférica, por cuyo medio vierte el líquido medicamentoso en el conducto nasal. Pero este procedimiento es poco practicable y de difícil ejecucion. Si se deseare introducir en las narices vapores calientes, lo que podrá convenir para casos de sequedad de las fosas nasales, habrá que calentar el líquido dentro de una vasija perfectamente cerrada y

(1) Ch. Deval, *Considérations cliniques sur le traitement médical des tumeurs lacrymales* (*Union médicale*, 1849).

(2) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 388.

(3) Chassaignac, *De la tumeur lacrymale commençante et de son traitement* (*Annales d'oculistique*, 1855, t. XXXIV, p. 180, y *Bulletin de thérapeutique*, 1853, tomo XLV, p. 304).

cubrirla en seguida por medio de un embudo invertido, cuya extremidad se introdujese en las narices. Las *tomas* de polvos excitantes de calomelanos y de azúcar pulverizada, por ejemplo, y unas ligerísimas cauterizaciones de la mucosa de Schneider, estarán muy en su lugar siempre que pueda suponerse que la afeccion está mantenida por un romadizo crónico (véase OZENA, t. II, p. 318). Para desembarazar las fosas nasales recomiendan muchos observadores que se hagan *inspiraciones* y *espiraciones* forzadas. Manckenzie aconseja al enfermo que se suene mucho y que procure inmediatamente despues vaciar el saco por bajo de la nariz, comprimiéndole con el dedo y no por los puntos lagrimales, para que no se favorezca la tendencia que el conducto tiene á retraerse. Este autor atribuye cierta importancia al método referido de desembarazar las vias lagrimales; y en su apoyo cita la rara observacion del doctor Jacob (1), de un niño curado por su nodriza del lagrimeo que padecia chupándole la nariz. Los estornutatorios, provocando una espiracion forzada, podrán producir idénticos resultados de una manera menos desagradable.

2.° *Via cutánea.*—Las fricciones sobre la region del saco con ungüento mercurial y otras pomadas resolutivas, son casi los únicos medios que hay de atacar el mal por la via cutánea. Con ellas se incorporan los calomelanos solos ó unidos al alcanfor, el protoioduro de mercurio, el iuduro de potasio y el ioduro de plomo (2).

3.° *Via ocular.*—Los medicamentos aplicados por esta via se hallan destinados á curar blefaritis y conjuntivitis reunidas; á modificar el orificio de los conductos lagrimales, y á obrar sobre la mucosa del saco, cuando la aspiracion fisiológica los haya introducido en dicha cavidad. Se emplean diferentes preparaciones. Las *pomadas* con que se fricciona el ángulo interno de los párpados, apenas pueden obrar sino sobre las partes mas externas de las vias lagrimales. Las pomadas con precipitado rojo, con calomelanos y con ioduro de potasio son muy apropósito para combatir algunas complicaciones de la blefaritis ciliar (véase p. 860). Se funde en el extremo del dedo una cantidad de pomada cuyo volúmen sea igual al de un cañamon, y con él se frotan dos veces al dia los bordes de los párpados al nivel del orificio de los puntos lagrimales.

Soluciones diversas.—Deval rechaza el uso de inyecciones en las vias lagrimales por medio de la jeringa de Anel. Despues de vaciar el saco por medio de una compresion metódica, ó de dejar este cuidado al enfermo, prefiere que los conductos lagrimales mismos efectúen la absorcion de las diferentes soluciones medicamentosas. Los colirios que diariamente emplea son de bórax, de sulfato de zinc, de acetato de cobre, de sulfato de hierro, de piedra divina, de bicloruro

(1) Jacob, *Dublin Hospital Reports*, vol. V, p. 377.
(2) Deval, *loc. cit.*, 1862, p. 965.

de mercurio y de tanino. Quaglino, de Milan (1), unta los puntos lagrimales con 5 centígramos de acetato de plomo neutro reducidos á polvo y tomados con un pincelito húmedo. La sal disuelta por medio de las lágrimas va arrastrada hácia el saco, á quien modifica ventajosamente. Wharton Jones prefiere sobre todos los colirios ya enunciados el de bicloruro de mercurio (2). La tintura de iodo diluida con tres ó cuatro partes de agua, y empleada de igual modo es un medio resolutivo de gran actividad y que nunca recomendaríamos demasiado (3).

Inyecciones.—Muchos autores no tienen la repugnancia que Deval para hacer inyecciones á través de los puntos lagrimales. Despues de haber ensayado gran número de medicamentos, Fano (4) se decide por la tintura de iodo. Inyectando en el saco, desde una hasta ocho veces, una mezcla de partes iguales de tintura y de agua destilada, segun la tenacidad de la afeccion y con algunos dias de intervalo, ha obtenido resultados muy satisfactorios. El primer efecto de la tintura varía mucho: generalmente no determina mas que dolor, exceptuando el caso de que el líquido de inyeccion refluya sobre la conjuntivitis bulbar. La reaccion que es muy moderada se detiene ordinariamente en una dacrioscitis subaguda. Estas inyecciones se efectúan con la jeringa de Anel (fig. 82).

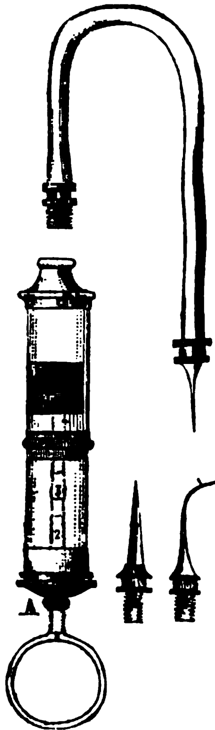


Fig. 82. Jeringa de Anel.

La cánula de este instrumento, provista de un tubo largo de caoutchouc, reemplaza ventajosamente á las demás cánulas, permitiendo que obre con mas seguridad y con menos estirones de los conductos lagrimales. El cuerpo de la jeringa es de vidrio, lo que le da la facultad de permitir se vea cuánto líquido se ha inyectado. Se introduce el extremo de la sonda por el punto lagrimal inferior, y se detiene el movimiento del piston cuando llegue el líquido al punto lagrimal superior, á fin de evitar se hallen en contacto la conjuntiva y la tintura. En Francia hacen generalmente las inyecciones del saco por el punto lagrimal superior; pero es preferible practicarlas

(1) Quaglino (de Milan), *Bons effets des applications topique d'acétate de plomb dans le traitement de la tumeur lacrymale (Ann. d'oculistique*, 1855, t. XXXIV, página 291, y *Bull. de thérapeutique).*
(2) Wharton-Jones, *Traité pratique des maladies des yeux*, p. 671. Paris, 1862.
(3) Testelin y Warlomont, in Mackenzie, t. I, p. 391.
(4) Fano, *loc. cit.*, t. I, p. 275.

por el inferior para impedir el reflujo del líquido. Mackenzie, ha empleado con buen éxito en un caso rebelde, potasa cáustica disuelta: una ó dos dracmas (2 á 4 gramos de solucion potásica en seis onzas de agua (180 gramos). Se podrá emplear en iguales condiciones y del mismo modo que la tintura de iodo.

Introduccion de sondas ó de cánulas en las vias lagrimales.—La introduccion en el conducto nasal, á través de una abertura artificial de la piel, del *clavo de Scarpa* ó de la *cánula de Dupuytren*, se halla hoy abandonada por completo. Como agentes de dilatacion, las sondas son mas perjudiciales que útiles; pero como elementos de irritacion local, pueden prestar aun grandes servicios. Wecker (1) parece que se conforma con el procedimiento de Bouman, que da excelentes resultados cuando no hay complicacion alguna con dilataciones demasiado extensas del saco. Para introducir las sondas, se hienden los conductos lagrimales en una extension mayor ó menor, y algunas veces hasta el saco, con auxilio de un instrumentito que Lüer ha modificado (fig. 83), y que está reducido á un cuchillito susceptible de deslizarse mediante un resorte en una vaina finísima, ó con el cuchillito de Weber (fig. 83). Las sondas de Bowman son de plata maleable y constan de seis números: el primero del volúmen de una cerda gruesa; y el sexto, de algo mas de un milímetro de grueso. Cada uno de estos números se introduce sucesivamente en el conducto lagrimal, préviamente hendido, dejándole allí durante diez ó quince minutos todos los dias hasta que se cure

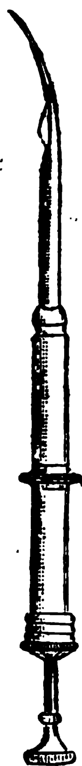
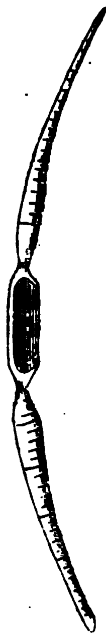

Fig. 83.—Cuchillo con vaina de Lüer.


Fig. 84.—Cuchillo con vaina de Weber.


Fig. 85.—Sonda de Weber.

(1) Bowman, *Du traitement des obstructions lacrymales* (*Ann. d'oculistique*, Bruselas, 1858, t. XXXIX, p. 78).

por completo, es decir, hasta que cesen la secrecion purulenta y el lagrimeo. Weber (1) sustituye las sondas de Bowman por candelillas elásticas de mayor volúmen, y las introduce despues de haber dilatado los conductos con una sonda metálica provista de dos extremos graduados y de diferente volúmen (fig. 85). Otros prácticos suelen aconsejar el uso de bordones y de sustancias sumamente higrométricas. Wecker da por fin la preferencia á las sondas de Bowman, porque juzga irracional y aun peligroso pretender que se dilate hasta cierto punto un conducto cuyas paredes son óseas.

Compresion del tumor.—Cuando se halla muy dilatado el saco lagrimal, por consecuencia de un *mucocele*, no basta ya que se cure el catarro para restituir á las partes su primitiva forma; y al tratamiento anterior hay que añadir otros medios. La compresion del saco con los instrumentos inventados para este uso, ó lo que es mas sencillo, por medio de compresas graduadas y humedecidas con una solucion astringente, de alumbre, tanino ó percloruro de hierro, puede prestar grandes servicios, aunque generalmente, toda gran dilatacion del saco sea incurable, sin la intervencion de los agentes destructores quirúrgicos.

Tratamiento de la dacriocistitis flemonosa.—Cualquier tratamiento local francamente antiflogístico es lo único aplicable en el principio. Las sangrías, las cataplasmas, las unturas mercuriales y los derivativos intestinales, podrán calmar los accidentes primeros y favorecer la resolucion. Cuando esta no se efectúe y el pus amenace hacerse camino á través de los tegumentos, será preciso verificar la abertura artificial del saco. Y entonces pueden ocurrir dos cosas: ó se agotará la secrecion purulenta, reuniéndose entre sí las paredes del saco, y el enfermo quedará libre de su afeccion; ó persistirá una fístula contra la que habrá de obrarse de distintos modos, y especialmente de aquellos que ataquen al catarro mismo. En los casos extremos con obliteracion del conducto lagrimal, los prácticos mas autorizados aconsejan que se destruya la cavidad del saco ó que se determine la oclusion de los conductos lagrimales por el método galvano-cáustico (2) y los estiletes enrojecidos.

Tratamiento general.—No cabe la menor duda en que el tratamiento de la escrófula y el de la sífilis, deberán secundar al tratamiento local siempre que tengamos la sospecha de que el sugeto padezca una ú otra de ambas diátesis. Deval consiguió curar con un tratamiento antisifilítico cierto tumor lagrimal y estacionario durante mucho tiempo.

Resúmen del tratamiento.—1.° *Aspiraciones* é *inyecciones* de líquidos emolientes y astringentes por la nariz del lado enfermo; 2.°, *aplicaciones resolutivas* y *derivativas sobre la piel*; 3.°, *pomadas* y

(1) Weber, *Arch. für Ophthalmologie*, Berlin, 1861, t. VIII, Abtheilung 1, S. 94.
(2) Tavignot, *Méthode galvano-caustique oculaire et uréthrale*, Paris, 1863.

colirios astringentes sobre la *cara interna de los párpados*, al nivel de los puntos lagrimales; 4.°, *inyecciones* de líquidos cáusticos y modificadores de la mucosa; 5.°, *uso de las sondas de Bowman*; 6.°, *antiflogístico* contra la dacriocistitis aguda, y luego tratamiento del catarro por curacion definitiva de la fístula; en fin, *obliteracion* artificial del saco lagrimal y de los conductos lagrimales en los casos extremos, por medio del estilete enrojecido y del método galvanocáustico.

CAPITULO IV.

Enfermedades de la conjuntiva.

Las enfermedades de la conjuntiva tienen una importancia y una gravedad tal vez mayores que la de los párpados, y las de las vias lacrimales, porque el peligro que llevan consigo es mas inmediato y mas temible para la pérdida de la vista. Las inflamaciones de los párpados, en efecto, es verdad que tienen por consecuencia fatal, aunque siempre lejana, la deformacion de esos velos membranosos y la nulidad de sus principales funciones. La fealdad incomoda, desfavorece y repugna; pero el globo del ojo á pesar de aquello queda durante mucho tiempo relativamente intacto. ¡Qué diferencia con las enfermedades de la conjuntiva! Aquí el peligro es inmediato. Basta citar la rapidez con que se desenvuelven las conjuntivitis purulentas y blenorrágicas de los recien nacidos, y de los militares; las ulceraciones y detritus de la córnea que las acompañan, y la pérdida de la vista acasionada en el espacio de muy pocos dias, para hacerse cargo de la gravedad de las inflamaciones de la conjuntiva, mas ó menos asociadas siempre á las de las membranas restantes del ojo.

ARTÍCULO PRIMERO.

CONJUNTIVITIS (GENERALIDADES).

No pertenece á nuestro objeto reproducir aquí la cuestion tan controvertida de cómo se clasifican las oftalmías. Esta cuestion se ha considerado bajo dos puntos de vista. La mayor parte de los oftalmólogos antiguos, imitados últimamente por Beer y su escuela en Alemania, y por Sichel en Francia (1), se preocupaban ante todo de las causas de las oftalmías, y subordinaban las lesiones locales á las influencias que las determinan. Pero estas ideas y esta doctrina han sido luego fuertemente combatidas. Velpeau (2), L. J. Sanson, Rog-

(1) Sichel, *Inconographie ophtalmologique*, p. 28.
(2) Velpeau, *Répertoire des sciences médicales*, t. XII, art. OPHTHALMIE.

netta (1) y Carron du Villards (2), tomando primero en consideracion el sitio de la oftalmía, creen que la naturaleza del tejido tiene mas influencia sobre la forma, extension y marcha de las alteraciones de la causa que las produce. En nuestro concepto, hay mucha exageracion por ambas partes. Toda descripcion general de una oftalmía donde se prescinda del tejido afecto, será siempre difusa é incomprensible. Y no ver, por el contrario, otra cosa que la lesion local sin remontarse á la causa, es condenarse desde el principio á una terapéutica dudosa é incierta constantemente. Para evitar este doble escollo, como hace Wharton-Jones (3), y justo es decirlo, como hacen casi todos los autores que sacrifican sus doctrinas á la claridad de la exposicion, nosotros procuraremos dar cuenta al mismo tiempo del lugar de la flegmasía y de la causa ordinaria que la determine.

Division.—La conjuntivitis se divide naturalmente en dos grupos: 1.° La *conjuntivitis franca*, es decir, aquella que se origina por la impresion de un agente exterior cualquiera. Esta forma es tan simple como la causa de que emana; á ella se halla ligada de una manera íntima, y con ella desaparece sin el menor obstáculo. 2.° Las *conjuntivitis constitucionales y específicas*. Estas se encuentran subordinadas á un estado diatésico tal como la escrófula, ó proceden de un principio virulento ó miasmático. Los dos grupos referidos se distinguen por rasgos esenciales, que ya tendremos ocasion de indicar, para que resalten las indicaciones terapéuticas propias de cada uno de ellos. En su consecuencia describiremos:

1.° La *conjuntivitis simple, catarral y traumática*; 2.°, la *conjuntivitis escrofulosa* (*flictenosa-linfática*); 3.°, la *conjuntivitis de los recien nacidos*; 4.°, la *conjuntivitis blenorrágica*; 5.°, la *oftalmía militar*; *y* 6.°, la *oftalmía diftérica*.

ARTÍCULO II.

CONJUNTIVITIS SIMPLE (CATARRAL TRAUMÁTICA).

§ I.—Definicion.

La conjuntivitis simple se define por sí misma; es una inflamacion de la conjuntiva determinada por un agente exterior, que no obra sobre la mucosa sino en virtud de propiedades físicas ó químicas, y que no posee cualidad alguna de las que caracterizan á los vírus ó miasmas. La inflamacion en este caso se halla subordinada á la intensidad de su causa antes que á su naturaleza.

(1) Rognett, *Traité philosophique et clinique des maladies des yeux*, p. 121.
(2) Carron du Villards, *Guide pratique des maladies des yeux*, t. II, p. 12.
(3) Wharton-Jones, anotado por Foucher, p. 100.

§ II.—Causas.

Los cuerpos extraños de cualquier clase que se pongan en contacto de la conjuntiva determinarán en primer lugar una hiperemia, y despues una inflamacion, mas ó menos generalizada. La arena, los polvos vegetales ó minerales, y la flor de azufre (1), sobre todo cuando está mezclada con cal, son tanto mas perjudiciales cuanto penetran en mayor cantidad y cuanto mas se adhieren al tejido de la mucosa. Cuando su permanencia es corta, la alteracion local desaparece rápidamente. En el caso contrario, la inflamacion tiene cierto período, y no desaparece sino despues de haberse expulsado el cuerpo irritante. Los gases amoniacales y el aire viciado de las habitaciones faltas de aseo, son causas muy frecuentes de la oftalmía catarral. La impresion que produce el aire frio y las transiciones bruscas de temperamento, son temibles principalmente para los niños débiles y las personas extenuadas por largas enfermedades. Así se observa, durante la primavera y el otoño, en los paises donde hay noches muy frescas, despues de dias extraordinariamente cálidos; entre las personas que viven y trabajan al aire libre, como los soldados y los campesinos, y en muchas de las personas que tienen la mala costumbre de dormir con las ventanas abiertas. La accion de leer ó de escribir estando muy adelantada la noche, con una luz insuficiente, y todas las fatigas de la vista pueden ocasionar conjuntivitis simples, especialmente en los individuos debilitados por la miseria, las privaciones, una larga enfermedad ó una lactancia prolongada (2). Los excesos de la mesa, el abuso de los licores, el uso inmoderado de las preparaciones iódicas (3) y el extreñimiento habitual, son otras tantas circunstancias que, por distinto concepto, exponen á la conjuntivitis. Del mismo modo debemos mencionar los vicios de conformacion de los párpados, congénitos ó adquiridos y las alteraciones de las vias lagrimales.

¿Puede llegar á ser epidémica y adquirir caractéres contagiosos la conjuntivitis de orígen atmosférico ó determinada por agentes mecánicos? Del mismo modo que se observa endémicamente en las regiones frias y en los paises cálidos con la variacion de temperatura entre el dia y la noche; del mismo modo se desarrolla epidémicamente sobre los individuos colocados en idénticas condiciones y expuestos de una manera accidental á las mismas influencias atmosféricas, como sucede á los militares en campaña, á los operarios en los talleres, y á los niños en las escuelas. Respecto de su propiedad contagiosa, es discutible, á menos que admitamos que puedan nacer los vírus es-

(1) Bouisson, *Conjuntivite des soufreurs de la vigne* (*Acad. des sciences*, 10 de Agosto 1863).
(2) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 658.
(3) Deval, *loc. cit.*, p. 213.

pontáneamente, y que una enfermedad sencilla en el principio tenga la propiedad de degenerar en una afeccion específica. Esta cuestion se ha debatido mucho á propósito de la oftalmia militar, pero aun no está resuelta.

§ III.—Síntomas.

1.° *Síntomas objetivos.*—Los síntomas de la conjuntivitis catarral son *locales* ó *generales objetivos* ó *subjetivos*. Los síntomas locales son idénticos á los de la inflamacion de todas las mucosas, y consisten en rubicundez, hinchazon, color y dolor. Los primeros son los únicos apreciables á la vista. El cambio de color de la mucosa es uno de los primeros signos que se manifiestan. Segun los grados de la enfermedad y la extension que ocupa, es mas ó menos intensa la congestion inflamatoria. Si la causa determinante no obra mas que sobre una porcion limitada de la mucosa, la rubicundez queda circunscrita, como á consecuencia de la implantacion de un cuerpo extraño en la superficie interna de los párpados ó en el bulbo; pero la conjuntivitis de orígen atmosférico casi siempre se generaliza, sin el enrojecimiento extendido por toda la conjuntiva. La disposicion de los vasos, cuyo desarrollo anormal es la causa del cambio de color, se presenta bajo cuatro formas principales, á saber: la *reticulada*, la *zomular*, la *fascicular* y la *varicosa*. La primera forma está constituida por los vasos que circulan en el interior de la mucosa. Estos, á causa de sus muchas anastómosis, tienen enlaces mas estrechos en la proximidad de la córnea, que en los demás puntos. Los intervalos de mallas, suelen dar todavía á conocer la coloracion normal de los tejidos sub-yacentes; pero cuando es muy intensa la inflamacion, el color es rojo escarlata ó rojo vinoso uniforme, lo que depende de la distension de los capilares y de una efusion sanguínea en el tejido celular sub-mucoso. No es raro observar verdaderas equímosis, que dan á ciertos puntos un color todavía mas oscuro. La segunda forma (*zonular*) resulta de una multitud de vasitos rectos, sin anastómosis entre sí, y que forman una especie de marco alrededor de la córnea, como los flósculos de una flor compuesta. Están situados en la capa mas profunda de la conjuntiva y en la esclerótica, y proceden de los musculares y de los ciliares anteriores. La inyeccion zonular es casi siempre indicio de una inflamacion intensa y aun de una complicacion del lado de las membranas profundas. La tercera fórmula (*fascicular*), que solo aparece en las conjuntivitis circunscritas, se presenta bajo el aspecto de hacecillos triangulares, cuya base está dirigida hácia el repliegue oculo-palpebral, y cuyo vértice viene á concluir en una pustulita ó en el punto de implantacion de un cuerpo extraño. La cuarta forma (*varicosa*) se halla representada por vasos grandes, tortuosos, anastomosados entre sí y movibles con la conjuntiva. Su presencia indica una conjuntivitis crónica ó una de-

tencion de la circulacion por consecuencia de cualquier enfermedad estacionada en la profundidad del ojo y de los tumores de la órbita... La hiperemia vascular se hace sensible primero en la conjuntiva palpebral, al nivel de las glándulas de Meibomio que parecen enlazadas en una redecilla vascular muy intensa, y despues en los ángulos del ojo y el repliegue oculo-palpebral.

Como primera consecuencia de la vascularizacion conjuntival las papilas se hacen mas prominentes, lo que da á la conjuntiva el aspecto aterciopelado ó granugiento. Algunos autores confunden sin razon el desarrollo de las papilas con las granulaciones verdaderas, de que hablaremos mas adelante.

Como segunda consecuencia de la hiperemia, toda la mucosa se entumece á causa de una exudacion serosa ó plástica en los tejidos subyacentes. Así, que no es raro observar hinchazon de los párpados con una inyeccion eritematosa de la piel. Pero el fenómeno que mas llama la atencion es el que se designa con el nombre de *quemosis*, el cual consiste en un levantamiento de la mucosa pericorneal y en un rodete que rodea la córnea, hasta el punto de cubrirla algunas veces casi por completo. Hay dos formas de quemosis: una, de consistencia blanda y gelatinosa, surcada solo por algunos vasos, resultante de una simple infiltracion serosa y que se llama *quemosis serosa;* otra de color rojo oscuro, dura, resistente á la presion, constituida por un derrame de líquidos plásticos y una hiperemia vascular exagerada y que lleva la denominacion de *quemosis inflamatoria*. Ambos síntomas no aparecen mas que en las conjuntivitis intensas, y especialmente el último, porque la quemosis serosa puede declararse á consecuencia de una irritacion conjuntival sencilla entre personas debilitadas y de carnes fofas.

2.° *Síntomas fisiológicos y subjetivos.*—El dolor es un síntoma constante que aparece al mismo tiempo que la congestion, y que consiste en picores, latidos y un calor irresistible. Los enfermos la comparan (1) con el que producirian cenizas calientes ó vidrio molido acumulado entre los párpados. Algunos se figuran hasta tal punto que tienen en dicho sitio un cuerpo extraño, que tratan de arrojarlo fuera por medio de frotamientos repetidos y que suplican al cirujano les desembarace de ellos. Cuando esta sensacion depende de la presencia de una pestaña, persiste tenazmente. El dolor á que nos referimos, vivo desde el principio, se agrava cuando comienza la noche, y se calma durante el sueño. Aunque localizado habitualmente en la region ocular, puede extenderse por los alrededores de la órbita.

La fotofobia es mediana ó nula, á menos que esté complicada con queratitis é iritis. Pero á veces existe tan pronunciada, que el paciente no puede prestarse á un exámen del ojo, mediante una luz algo fuerte.

(1) Gosselin y Denonvilliers, *Maladies des yeux*, p. 496.

Todas las glándulas que componen las conjuntivas participan del orgasmo inflamatorio y forman la base de una hipersecrecion que se manifiesta por una salida abundantísima de líquidos á través de los párpados. En el principio, la secrecion consta de un líquido poco consistente y ligeramente albuminoso, donde fluctúan copos de moco que se acumulan en el ángulo mayor del ojo y en la cavidad inferior. Estos filamentos se componen de células epitélicas y de glóbulos de moco. Los glóbulos de pus no aparecen sino en el último período, cuando ha disminuido ya mucho la secrecion. Al correr por las mejillas, todos los referidos líquidos se solidifican formando costras duras, y secas cuando la serosidad es únicamente albuminosa, y blandas y húmedas cuando el pus y la materia grasa de las glándulas de Meibonio abundan demasiado.

Hay muchas conjuntivitis agudas ó crónicas que se distinguen por una falta completa de la secrecion lagrimal, y en su consecuencia por un estado de sequedad del órgano afecto. Y hé aquí lo que se ha designado con el nombre de *xeroma y xeroftalmía*. Pero este hecho es raro, observándose mas á menudo una hipersecrecion de la glándula lagrimal, ya simpática, ya irritativa. Tambien es muy frecuente ver oftalmías catarrales acompañadas de síntomas de inflamacion por el lado de la mucosa que tapiza las narices, la parte posterior de la garganta y la tráquea. En las niñas de dos ó tres años se suele complicar además con un flujo puramente mucoso por la vagina. La enfermedad entonces suele ser ligera; pero tambien puede llegar á ser bastante grave y hasta el flujo purulento completamente.

Tal es, en su conjunto, la sintomatología de la conjuntivitis catarral. No se interrumpe la vision generalmente; pero en los casos graves puede ulcerarse la córnea, inflamarse el íris y llegar el quemosis á tener un volúmen suficiente para impedir la vista.

§ IV.—Grados de la enfermedad.

La conjuntivitis catarral admite tres grados:

En el primero, no se halla generalizada la inyeccion; los vasos ofrecen un órden reticulado de mallas anchas, y la secrecion es seroalbuminosa.

En el segundo, el anillo pericórneo *(inyeccion zonular)* se dibuja fuertemente sobre los bordes de la córnea, y la mucosa es uniformemente roja con *quimosis* serosas y flujo mucoso espeso, cargado de filamentos membranosos.

En el tercero, hay un verdadero flemon de la conjuntiva; el quemosis viene á ser *inflamatorio;* la secrecion es mucoso-purulenta, y muy frecuentes las complicaciones de iritis y queratitis.

El movimiento febril es nulo ó casi nulo en las formas ligeras; pero las graves van acompañadas de aceleracion de pulso, de pérdida de apetito y de cefalalgia mas ó menos intensa.

§ V.—Curso.

La conjuntivitis sencilla, abandonada á sí misma, aunque hallándose el enfermo en buenas condiciones higiénicas, concluye por curarse al cabo de unos quince dias; pero puede durar indefinidamente, segun las idiosincrasias y la intensidad de la afeccion, sobre todo cuando el enfermo quede sujeto á las causas que le han determinado. Entonces se establece en un estado crónico, para llegar al agudo bajo la influencia de la menor excitacion.

La *conjuntivitis crónica* tiene de notable que sus fenómenos de inyeccion vascular y de ligera infiltracion serosa desaparecen sobre la conjuntiva ocular, mientras que los inflamatorios persisten sobre la conjuntiva de los ángulos y de los párpados, y se revelan por un engruesamiento del tejido celular, por una condensacion del epitelio y por estrías de cicatrices que resultan probablemente de una estrechez del tejido conjuntival. En muchos enfermos, los párpados se hallan relajados, y los bordes palpebrales rojos, escoriados y á veces vueltos hácia fuera *(ectropion)*.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico absoluto de la conjuntivitis catarral es muy sencillo. Todos los fenómenos anatómicos y fisiológicos de que ya hemos hablado bastan para establecerlo. El diagnóstico de la causa se obtendrá de las reseñas hechas por los enfermos, ya sobre sus antecedentes morbosos, ya acerca de su profesion. De esta manera podrá saberse si la enfermedad se debe atribuir á la presencia de un cuerpo extraño ó á la impresion del aire frio. Sin embargo, no siempre conviene atenerse á lo dicho por el enfermo y atormentarlo intentando la extraccion de un cuerpo extraño que no exista ó que jamás haya existido. Fácil nos hubiera sido describir otras formas de conjuntivitis purulentas, flictenosa ó escrofulosa, etc. Pero nos contentaremos con colocar en una especie de cuadro los rasgos principales que la distingan de la conjuntivitis catarral.

1.° *Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis catarral y de las conjuntivitis purulentas.*

CONJUNTIVITIS CATARRAL.	CONJUNTIVITIS PURULENTAS.
Causas: Enfriamientos; cuerpos extraños; nada específico. Contagio dudoso comunmente.	*Causas específicas:* Blenorragia concomitante; flujos vaginales; niños recien nacidos; desaseo de los cuarteles. Contagio positivo.
Síntomas: Inyeccion ligera en el principio; quemosis serosa generalmente; poca inflamacion de los párpados; flujos mucosos; papilas apenas prominentes; escasas ó nulas complicaciones del lado de la córnea. Curacion ordinaria.	Inyeccion muy intensa; quemosis inflamatoria; hinchazon enorme de los párpados; flujos purulentos; granulaciones características que preceden y siguen á la enfermedad; complicaciones córneas rápidas. Generalmente, pérdida de la vista.

2.° *Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis catarral y de la conjuntivitis escrofulosa.*

CONJUNTIVITIS CATARRAL.	CONJUNTIVITIS ESCROFULOSA.
Ataca á todos los temperamentos y en todas las edades; se extiende por toda la conjuntiva óculo-palpebral; inyeccion generalizada; libertad de la córnea.	Invade á los escrofulosos, y sobre todo á los niños; se limita á la conjuntiva ocular; inyeccion fascicular y localizada; muchas veces se desarrolla una pústula en la córnea y se ulcera.
Nada de fotofobia; ambos ojos se invaden á la vez ó sucesivamente.	Fotofobia muy intensa, localizada generalmente en un solo ojo.

Quédanos ahora por establecer el diagnóstico diferencial de la conjuntivitis catarral y de las oftalmías exantemáticas: morbilosa escarlatinosa y variolosa. La concomitancia de estas fiebres eruptivas con la conjuntivitis, basta para dar á conocer su naturaleza. No es tan fácil separar la conjuntivitis catarral de la reumática, porque ciertamente ambas afecciones, no constituyen mas que una; mas como en la conjuntivitis reumática al parecer hay sobre todo irido-coroiditis, ha sido muy sencillo para los partidarios de ciertas doctrinas establecer las diferencias.

3.° *Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis catarral y de la oftalmía reumática.*

CONJUNTIVITIS CATARRAL.	OFTALMÍA REUMÁTICA.
La conjuntivitis se inyecta sola casi siempre.	La conjuntiva y la esclerótica enferman á la vez.
El color y los movimientos del íris son naturales; la córnea queda intacta.	El íris pierde color; la pupila se hace perezosa; la córnea se enturbia.
Muy poca fotofobia.	Fotofobia intensa.

Pronóstico.—Cuando la conjuntivitis catarral se halla exenta de complicaciones y la impresion de la causa no ha sido de larga duracion, apenas ofrece gravedad notable. Por lo demás, hay que subordinar su pronóstico al estado general de la constitucion y al grado de comodidad ó de miseria. Observada á tiempo y tratada de un modo conveniente, desaparece en seguida sin dejar huella de su paso. Pero abandonada, llega al estado crónico; los tejidos de la conjuntiva palpebral se hipertrofian y endurecen; los frotamientos contínuos que efectúan sobre la córnea, la irritan é inflaman; de ello resultan accidentes secundarios muy temibles; por parte de los párpados sobrevienen el eutropio y el ectropion, y la pérdida de las pestañas; por la parte del globo, opacidades, y finalmente la pérdida de la vista.

§ VII.—Tratamiento.

La primera indicacion que debe llenarse consiste en separar al enfermo de las malas condiciones que le rodeen: extraerle los cuerpos extraños, si los hay; arrancarle las pestañas que tenga mal dirigidas. Con estas sencillas precauciones suele obtenerse muchas veces una curacion rápida, sin que intervenga ningun otro tratamiento. La *mita de los* poceros descrita por Ramazzini, Sauvages y Dupuytren, y que procede del influjo de los vapores amoniacales que desprenden los pozos de inmundicia, se cura sin la intervencion del médico, en cuanto los operarios suspenden algun tiempo sus trabajos (1); y sin embargo, esta conjuntivitis pasa por todos los grados que ya hemos referido. En efecto, la *mita húmeda*, que consiste únicamente en una simple hiperemia de la mucosa, va seguida inmediatamente de la *mita grasa* ó conjuntivitis mucoso-purulenta, y de la *mita seca* ó conjuntivitis crónica. Las habitaciones mal cerradas, y los talleres desaseados, deberán abandonarse inmediatamente ó ponerse en condiciones á propósito. En fin, habrá que prescindir de las bebidas espirituosas y del uso del ioduro de potasio, cuando haya la menor sospecha de que hubieren podido determinar la enfermedad.

El *tratamiento* ha de ser proporcional al grado de la afeccion. Los remedios generales deben ceder el puesto á los locales; tanto mas, segun Makenzie y la mayor parte de los prácticos, cuanto que los remedios generales activos son mas perjudiciales que útiles.

Rara vez serán oportunas las evacuaciones sanguíneas. Si hubiere, no obstante, una reaccion febril inesperada, podria hacerse una sangría de 200 á 300 gramos, ó aplicar diez ó doce sanguijuelas sobre la sien.

Algunos purgantes salinos, el sulfato de magnesia en dósis de veinte á treinta gramos, y la jalapa y los calomelanos administrados como purgantes, servirán perfectamente cuando comience la enfer-

(1) Deval, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, p. 214.

medad, del mismo modo que los revulsivos cutáneos, los sinapismos en las piernas y los pediluvios calientes. Pero no conviene detenerse aquí, porque lo mejor es atacar la inflamacion directamente por medio de aplicaciones locales.

Para calmar los dolores, se ha aconsejado emplear el *agua fria*; pero muchos prácticos lo censuran fuertemente. Arlt (1) la proscribe de una manera absoluta, y Wharton Jones (2) no la cree ventajosa cuando se la destina á lociones interrumpidas. Wecker recomienda compresas empapadas con agua fria para combatir los catarros agudos, pero las rechaza tratándose de catarros crónicos. En conclusion, este medio es muy incierto y vale mas no servirse de él, por ser muy raro que se le aplique como corresponde.

Medicacion estimulante y sustitutiva.—Esta, única verdaderamente heróica que conocemos, consiste en usar lociones astringentes, y colirios y pomadas irritantes. La dósis y la naturaleza de la sustancia activa deberán relacionarse en este caso con el grado de la afeccion y con su antigüedad.

1.° *En el primer grado* se ordenarán las fórmulas siguientes:

Colirio de Duval con sulfato de zinc.

Sulfato de zinc.......	5 centíg.	Agua destilada.....	40 á 50 gram.

Algunas veces se añade láudano y alcohol alcanforado.

Colirio de Bridault (agua de la duquesa).

Sulfato de zinc.......	50 centíg.	Alcohol...........	15 á 20 gotas.
Lirio de Florencia....	50 centíg.	Agua comun......	100 gram.
Azúcar cande........	50 centíg.		

Déjese macerar, y fíltrese despues.

Foucher (3) ha notado grandes ventajas empleando colirios que contengan por cada 30 gramos de glicerina, 25 ó 30 centígramos de cualquiera de las sustancias siguientes: sulfato de zinc, bórax, alumbre, extracto de ratania.

Mackenzie (4) acostumbra á usar para fomentaciones y para colirio una solucion de

Sublimado corrosivo....	5 centíg.	Agua.................	200 gram.
Cloruro amónico.......	30 centíg.		

Cuando se quiere usar para fomentaciones, se toma una cucharada de las de sopa, y á ella se añade otra cantidad igual de agua hirviendo. Esta solucion, así diluida, sirve para fomentar los párpados

(1) Arlt, *Die Krankheiten des Auges für praktische Aerzte geschildert*, 1855.
(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 458.
(3) Wharton-Jones, Adicion por Foucher, p. 159.
(4) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 662.

tres veces al dia por medio de una compresa ó un pedacito de esponja fina. En los casos sencillos, se dejan caer algunas gotas sobre el ojo; pero en los graves, hay que inyectar el colirio con una jeringuita por toda la conjuntiva y especialmente por el repliegue superior.

2.° *En el segundo y en el tercer grado*, habrá que utilizar preferentemente los colirios con nitrato de plata, susceptibles de aplicarse tambien en el primero, bajo la sola condicion de disminuir la dósis. Los colirios de nitrato se formularán con 5, 10, 15, 20 y 30 centígramos de sal para 30 gramos de agua destilada. Algunos médicos, lejos de temer la accion enérgica del nitrato de plata, reiteran su aplicacion muchas veces durante el dia.

Deval lo emplea del modo siguiente: disuelve 15 á 20 centígramos en 30 gramos de agua destilada; introduce el medicamento entre el bulbo y los velos palpebrales siete ú ocho veces durante el dia, y en el intervalo de dichas aplicaciones fomenta los ojos con un colirio compuesto de 2 á 4 gramos de extracto de Saturno para 200 ó 250 gramos de agua.

Mackenzie (1) aplica una solucion compuesta de 20 centígramos de nitrato de plata y 30 gramos de agua destilada, introduciendo en el ojo por medio de un pincelito de pelo de camello una gota grande, dos ó tres veces durante el dia, segun las circunstancias que dependen de las sensaciones que experimente el enfermo. Despues de la cura, el enfermo apenas siente cosa alguna durante uno ó dos minutos; luego le embarga el dolor por espacio de otros diez minutos, y últimamente se tranquiliza. Cuando vuelven á presentarse los síntomas dolorosos, hay que detenerlos por medio de una nueva aplicacion. A medida que cede la enfermedad, el paciente siente cada vez menos su dolor, acabando por no apercibirse apenas de él.

Si la enfermedad fuere grave, y la córnea se interesara mucho, habria que tomar las precauciones que Graefe recomienda: humedecer un pincelito con una de las disoluciones indicadas antes (20 centígramos de nitrato por 20 ó 30 gramos de agua destilada), pasarle por el párpado vuelto, teniendo la precaucion de respetar la córnea, y neutralizar el exceso de nitrato de plata que haya quedado mediante el agua salada.

Wecker supone que basta una sola cauterizacion sustitutiva en la mayoría de los casos, cuando se ha tenido el cuidado de emplear al momento colirios astringentes, como de sulfato de zinc, de acetato de plomo, etc. El que dicho autor usa consta de

Sulfato de zinc..........	25 centíg.	Agua destilada..........	15 gram.
Tintura de opio.........	10 gotas.		

Si hubiese una quemosis inflamatoria, lo que suele ser raro en la

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 661.

conjuntivitis catarral sencilla, convendria escarificarla por medio de tijeras, ó de un bisturí adecuado.

Conjuntivitis catarral crónica.—De la misma manera que las formas agudas ceden con facilidad, las crónicas se hacen extraordinariamente tenaces. A los colirios y fomentaciones indicadas ya, es preciso añadir las pomadas astringentes y algo cáusticas. Las de Janin, Desault y de Lyon (véase p. 860), se usarán cuando la conjuntivitis se encuentre complicada con escoriaciones de los párpados y blefaritis ciliar.

El *colirio amarillo astringente (agua Horstii)*, puro ó mezclado con partes iguales de agua, sirve mucho, segun Wecker, aplicándole mediante un pincel dos ó tres veces al dia, para humedecer los párpados y todos los rinconcitos del ojo:

Colirio amarillo astringente.

Clorhidrato de amoniaco.	75 centig.	Alcanfor (disuelto con alcohol de 0,850 de densidad).	45 centig.
Sulfato de zinc.........	2 gram.	Azafran....................	40 gram.
Agua destilada.........	150 gram.		

Lo que produce mejor éxito, segun Fano (1), son algunos toques en la mucosa con un pincel mojado con láudano de Sydenham ó con tintura de iodo debilitada.

Pero estos medios fracasan necesariamente, cuando no se tiene cuidado de colocar al enfermo en buenas condiciones higiénicas de localidad y de alimentacion; si no se le prohibe toda clase de trabajo prolongado con luz artificial y el abuso de las comidas excitantes y de los licores espirituosos, y sino se secunda por último la accion de tos guardando una limpieza minuciosa y aplicando metódicamente los medicamentos colirios y las pomadas.

ARTÍCULO III.

CONJUNTIVITIS PUSTULOSA (FLICTENULAR ESCROFULOSA, OFTALMÍA ESCROFULOSA).

Definicion.—Conjuntivitis pustulosa es una enfermedad de la infancia, que se desarrolla en individuos escrofulosos, y que se halla caracterizada por una inyeccion muy poco sensible, por una fotofobia intensa, y por el desarrollo en la conjuntiva y en la córnea de pustulitas ó flictenillas, cuya rotura lleva consigo la formacion de una úlcera superficial ó profunda.

Frecuencia.—Esta afeccion es una de las mas frecuentes de la infancia, porque Mackenzie (2) asegura que de cada 100 casos de oftal-

(1) Fano, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 530.
(2) Mackenzie, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, Paris, 1856, t. I, p. 789.

mías sufridas por los niños, 90 son de esa naturaleza. Y de igual parecer son Wecker y Marjolin. Fano (1) consigna una opinion diametralmente opuesta; pero la contradiccion no es mas que aparente, y la divergencia resulta de que no viendo aquellos en esta afeccion como enfermedad primitiva mas que una conjuntivitis, Fano la trata en el concepto de queratitis. Lo que prueba, aunque sea dicho de paso, que la escuela anatómica se encuentra tanto mas embarazada, cuanto mas impelida se ve á hacer sus descripciones por tejidos. Sea cualquiera el asiento primitivo de la enfermedad, importa sobre todo tener una descripcion de su conjunto, porque reune caractéres propios suficientes para constituir una individualidad morbosa bien determinada. Bajo este título, la denominacion mas general de oftalmía escrofulosa le convendria mucho mejor que la bastante restringida de conjuntivitis flictenosa.

§ I.—Causas.

Causas predisponentes.—Ataca mucho mas en la infancia que en cualquier otra edad de la vida. Cuando la tienen los adultos casi siempre es porque ya la han padecido durante la niñez. El tiempo trascurrido entre el destete y los ocho años es, segun Mackenzie, la época de la vida donde se manifiesta con mayor frecuencia. Debe notarse que casi todos los sugetos afectados de ella tienen una constitucion escrofulosa muy característica. Tal vez haya, sin embargo, exageracion en decir que solo invade á los escrofulosos; pero es lo cierto que generalmente coincide con las demás manifestaciones de la escrófula, ó que estas la preceden. Por esta razon es endémica en las grandes ciudades y en los pueblos miserables que se hallan rodeados de todo género de privaciones, y por lo mismo ataca á los niños mal alimentados, sin nodriza ó destetados anticipadamente.

Causas ocasionales.—Las causas predisponentes por sí solas no bastan para desenvolver la enfermedad. Es preciso que haya tambien la excitacion propia de una causa ocasional. Efectivamente, si solo la observamos, rara vez en el Mediodía de Francia, en Italia y en todos los paises cálidos (2), no es porque falte la escrófula en dichas regiones, sino porque faltan todas las causas excitantes de la oftalmía escrofulosa, y con particularidad la *exposicion al frio*. Y esta sola causa explica porqué la referida enfermedad es tan frecuente en las regiones del Norte. Además de la impresion del frio, conviene señalar como causas de la enfermedad todas aquellas circunstancias que favorezcan el desarrollo de las oftalmías: fiebres eruptivas, ejercicio excesivo de los ojos, introduccion en ellos de cuerpos extraños, lesiones traumáticas, etc. La conjuntivitis simple no reconoce otro orígen;

(1) Fano, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 533.
(2) Weller, *Krankheiten des Menschlichen Auges*. Wien, 1831.

y en cuanto á la especialidad de la conjuntivitis flictenular, depende del terreno sobre que se desarrolla, de la *constitucion escrofulosa.*

§ II.—Síntomas.

Síntomas objetivos.—La vascularizacion de la conjuntiva tiene algo de característico. Lo que han entendido los autores por conjuntivitis angular no es otra cosa que una conjuntivitis pustulosa sin pústula, y en su estado mas sencillo. Prueba de ello es que la conjuntivitis angular tiene igual distribucion vascular é igual asiento, es decir, toda esa porcion de la membrana bulbosa que se distingue, ya por dentro, ya por fuera de la córnea en la abertura que dejan entre sí los párpados. Además, ambas afecciones atacan muchas veces al mismo individuo, y ambas tambien indican una predisposicion á las inflamaciones profundas que puede hacer temer sobrevenga de un momento á otro cualquier iritis ó congestion de la coróides (1). Tomaremos de Sichel (2) los caractéres de la inyeccion. Esta se halla limitada á un solo plano, muy superficial, y aun á veces suele elevarse por encima del nivel de la conjuntiva. Los vasos cortos y delgados tienen la forma de estrías sencillas, de color rojo pálido; y se reunen en una plaquita generalmente triangular, situada sobre la conjuntiva bastante próxima al borde córneo, plaquita cuya base está inmediata á dicho borde sin traspasarlo, y que representa el rudimento de la pústula escrofulosa en su grado mas avanzado. La referida inyeccion, compuesta de tan corto número de vasos, que es sencillísimo contarlos, ocupa la parte interna ó externa de la conjuntiva esclerotical, en la direccion del diámetro horizontal del globo. La forma de los pinceles vasculares es unas veces un triángulo irregular, cuya base mira hácia la córnea; otras algo convergente, aproximándose mucho á una especie de paralelismo de los hacecillos vasculares. En un período mas avanzado de la enfermedad, los vasos de la conjuntiva, conservando su misma disposicion paralela ó triangular, ocupan mayor extension sobre el plano de la conjuntiva; son mas largos, mas gruesos, como si estuvieren dilatados, de color rojo bermellon oscuro, mezclado con algunas ramificaciones azuladas, y dirigiéndose casi comunmente en línea recta y sin ondulacion alguna hácia la córnea.

Esta inyeccion puede desaparecer de una manera gradual sin que se complique con otro síntoma diferente. Es, sin embargo, mas fácil ver levantarse en la extremidad mas gruesa de los hacecillos vasculares y muy cerca del borde de la córnea, una pústula dotada de los siguientes caractéres.

Flictenas, pústulas, pápulas.—La forma y naturaleza de los tu-

(1) Denonvilliers y Gosselin, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, p. 449.

(2) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 55.

morcitos que se desarrollan en la extremidad del pincel vascular no son siempre iguales. Unas veces constituyen vesiculitas trasparentes, redondeadas, de color amarillento, y que solo contienen algo de serosidad, la cual puede resolverse de tal modo que desaparezca la flictena sin dejar el menor rastro. Otras veces, la flictena aumenta, toma una coloracion amarilla, y se llena de una materia purulenta, siendo entonces una verdadera pústula cuyo contenido salga al exterior, y en cuyo lugar se establezca una úlcera. Esta segunda variedad puede observarse sobre la conjuntiva bulbosa, pero aun es mas frecuente sobre los mismos bordes de la córnea. El líquido que contiene el tumor puede ser consistente, y entonces reviste los caractéres de una papila dura, que termina por resolucion ó por supuracion.

El número y el asiento de estas erupciones son muy variables. Puede observarse una ó dos pústulas á la vez, y si se resuelven, tambien es posible que sean reemplazadas por otras, de modo que haya muchas ediciones sucesivas. Deval ha demostrado la presencia de diez ó doce flictenillas colocadas alrededor de la córnea. Su sitio predilecto está en los límites de la esclerótica y de la córnea. Cuando tienen su asiento en la córnea, se destruyen rápidamente para dejar tras de sí ulceraciones que tienden á profundizar, y que pueden producir una perforacion, determinando entonces síntomas fisiológicos muy intensos. Si la úlcera llega á la esclerótica, esta última membrana participa de la inflamacion, que será entonces interminable. El menor inconveniente de todas estas pérdidas de sustancia consiste en que resulten nubes de la córnea *(albugo* y *leucoma)*, y hay que considerar como satisfactorio no hallar complicaciones graves de parte de las membranas profundas, fenómenos que aparecen por desgracia muy á menudo.

Síntomas fisiológicos y subjetivos.—La fotofobia es uno de los síntomas mas característicos, cuando las pústulas invaden la córnea. Si la enfermedad se halla limitada á la conjuntiva escleroticál, no suele ser frecuente; pero nada hay tampoco seguro acerca de este punto, segun la observacion de Mackenzie. Asombra muchas veces, despues de bien examinado el ojo, no encontrar en él mas que un insignificante enrojecimiento, y ver la córnea trasparente, sin lesiones ú ofreciendo apenas un punto opaco sencillo, con algunos vasos rojos que recorran la conjuntiva.

La irritacion de las extremidades nerviosas del quinto par y la congestion de la retina actúan por reflexion sobre los nervios motores y sobre los que determinan la secrecion de las lágrimas. Así es que, al mismo tiempo que existe un *blefarospasmo* casi invencible en los niños durante el dia, se observa una epífora muy abundante. Cada vez que el enfermo trata de abrir el ojo sale un torrente de lágrimas que enrojecen la piel, intumescen el párpado y determinan en la cara una erupcion pustulosa.

Es preciso considerar que en esta afeccion las secreciones muco-

sas ó purulentas son escasas ó nulas; carácter importante que distingue la conjuntivitis pustulosa de la conjuntivitis catarral y de las oftalmías purulentas.

Sus *complicaciones* mas comunes son las nubes y ulceraciones de la córnea, la blefaritis ciliar, y en los períodos avanzados las inflamaciones de las membranas profundas, íris y coróides.

Variedades.—La enfermedad puede detenerse en una simple *congestion* de la conjuntiva sin pústulas. Y esta es la variedad menos peligrosa.

Cuando se forman flictenas, pueden quedar localizadas en la conjuntiva, terminando por resolucion ó ulceracion. Esta *segunda forma* es mas tenaz que la precedente, pero se cura por lo comun con mas facilidad.

La *tercera variedad*, caracterizada por una pústulacion de la córnea, ulceraciones profundas y diferentes complicaciones es grave, y casi mereceria una descripcion aparte, sino tuviéramos el empeño de reducir las especies morbosas.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Los caractéres de la conjuntivitis flictenosa son bastante definidos para que sea posible confundirlos con los de otra afeccion cualquiera. La forma de la vascularizacion, la presencia de pústulas, la fotofobia y el espasmo de los párpados y la falta de secrecion mucosopurulenta, la distinguen de las conjuntivitis catarral y purulenta. De modo que no hay mas que una sola enfermedad con quien podríamos equivocarnos: la coroiditis parcial de que hablaremos mas adelante. Hé aquí ahora el cuadro comparativo de ambas enfermedades (1).

Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis flictenosa y de la coroiditis parcial.

CONJUNTIVITIS FLICTENOSA.	COROIDITIS PARCIAL.
Erupcion bajo la forma de flictena ó de pústula circunscrita, amarilla y trasparente, inyeccion fasciforme, vasos rectos. Coloracion normal de la esclerótica.	Tumor mas extenso, mas duro, rojizo y alguna vez lívido; muchos vasos, ondulantes, dilatados, matiz azulado de la esclerótica; coloracion roja del tejido subconjuntivo con flegmasía.

Pronóstico.—Mientras que el pronóstico de las dos formas primeras es favorable, en virtud de que la enfermedad puede extinguirse espontáneamente á los diez ó quince dias, el de la tercera es grave. Hay que temer, por el momento, perforaciones y opacidades de la córnea, sinequias y obliteraciones de la pupila. Mackenzie añade que

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, testo, p. 55.

mas adelante, muchos de los que llegan á ser amauróticos, con el ojo duro y glaucomatoso, han sufrido en su juventud la referida enfermedad.

§ IV.—Tratamiento.

Tratamiento de la forma sencilla.—Mientras que la afeccion está reducida á la conjuntivitis esclerotical, el tratamiento es muy sencillo. Cede en el espacio de siete á diez dias, usando un colirio laudanizado:

2 á 4 gramos de láudano de Sydenham con 30 gramos de agua destilada (Fano).

Deval (1) aconseja que se apliquen revulsivos detrás de las orejas, y á este fin prescribe para los jóvenes invadidos de ella una pomada compuesta segun la fórmula siguiente:

Aceite de crotontiglio.	8 á 10 gotas.	Manteca fresca	4 gram.
Pomada de torvisco...	4 gram.		

Rechaza de una manera absoluta, como perjudicial, el uso de los colirios astringentes enérgicos, y se contenta con un colirio de bórax, cuya accion es menos irritante.

Bórax	25 centígr.	Agua de lechuga	30 gram.
Agua destilada	60 gram.	— de laurel cerezo.	2 á 4 gram.

Mackenzie recomienda tambien los revulsivos cutáneos y los derivativos intestinales, como calomelanos en corta dósis y purgantes salinos.

El colirio mejor, en su concepto, se compone de

Sublimado corrosivo....	5 centíg.	Agua	250 gram.
Clorhidrato de amoniaco.	30 centíg.		

A los cuales añade:

Sulfato de atropina....	10 centígr.	O láudano	10 ó 12 gram.

Mezcla una cucharada grande de dicho colirio con otra cantidad igual de agua caliente; y usa el producto tres veces al dia irrigando cuidadosamente los párpados por la parte exterior durante cinco minutos, y dejando despues que penetre una corta cantidad dentro del ojo (2).

Las cauterizaciones de las flictenas con el nitrato de plata, para nada sirven. Cuando son pequeñas y cónicas, deben respetarse las pápulas, y si son voluminosas, ulceradas y atónicas, pueden tocarse

(1) Deval, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, p. 222.
(2) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 808.

con un lápiz de sulfato de cobre; aunque este medio no convenga ponerlo en uso hasta que haya desaparecido todo indicio de irritacion inflamatoria y de fotofobia.

Tratamiento de las formas complicadas y crónicas. Precauciones generales.—Hay que colocar al enfermo en una habitacion desahogada y poco alumbrada, y resguardarle los ojos de toda luz demasiado intensa por medio de gafas grandes y oscuras, y con pantallas de tela verde ó negra. Convendrá impedirle que se cubra los ojos con compresas grandes y apretadas. Y tratándose de niños, deberá impedírseles que se froten los párpados, que apoyen ambas manos sobre el globo del ojo, como tienen la mala costumbre de hacer, y que oculten la cabeza debajo de las almohadas ó de las mantas. El ejercicio moderado de la vision y los paseos al aire libre, cuando hace buen tiempo, favorecen la curacion, mucho mas que una permanencia en aposentos reducidos y desaseados.

Todas estas precauciones son todavía insuficientes contra la oftalmía escrofulosa inveterada, porque está unida á la misma constitucion del individuo, sino se ataca directamente la escrófula (1), como enfermedad general. Los ioduros, los ferruginosos, la quina, el bario, etc., y una alimentacion sustanciosa, aunque de ningun modo excitante, prestarán gran ayuda á la medicacion tópica, sobre la cual deberemos insistir.

Tópicos.—Los tópicos estimulantes se hallan completamente contraindicados en la oftalmía flictenosa. Cuando está en el período agudo, la marcha del médico habrá de ser muy distinta de la que se le recomienda para las conjuntivitis catarrales y purulentas. Hay entonces que mirar los tópicos, no como medios de curacion independientes, sino como auxiliares muy sencillos, y subordinan su uso al de los derivativos intestinales y al de los antiescrofulosos, que deben precederlos ó acompañarlos (2).

Los tópicos constituyen dos clases, segun que se les aplica sobre un punto lejano de los tejidos enfermos ó que se les coloca encima de ellos de una manera directa.

1.° Los *tópicos revulsivos* consisten en vejigatorios á la nuca, sobre las sienes y detrás de las orejas; son preferibles á las fricciones con pomada estibiada, que produce siempre una reaccion dolorosa, y dejan por lo tanto cicatrices poco agradables. El aceite de croton, debilitado con una parte igual á la suya de aceite de almendras dulces, bajo la dósis de 10 á 15 gotas y aplicado en idénticos sitios, tiene muchos menos inconvenientes. Para que dichos revulsivos sean verdaderamente útiles, deben observar las condiciones inmediatas (3).

1.° Producir una irritacion pasajera y que no sea bastante intensa para promover reacciones turbulentas; 2.°, no dar lugar á una secre-

(1) Véase el artículo ESCRÓFULA, t. I, pág. 378.
(2) Sichel, *Iconographie ophthalmolgique*, texto, p. 90.
(3) Sichel, *loc. cit.*, p. 87.

cion purulenta demasiado abundante, mas prolongada de lo necesario y que debilite la economía. Es necesario desechar por completo los sedales y las fuentes del brazo y de la nuca.

La uncion de los párpados y de las cejas con tintura de iodo, renovada una ó dos veces durante el dia, segun la sensibilidad de los enfermos, ha sido recomendada por Furnival (1) y tenida como método susceptible de calmar la fotofobia por Testelin y Warlomont.

La cauterizacion de la superficie externa de los párpados, préviamente mojados (2) con nitrato de plata, llena el mismo objeto.

Serre, de Uzes (3), dice que unas unturas de aceite de enebro en la frente, las sienes, las mejillas y la superficie externa de los párpados, pueden actuar sobre el ojo y determinar una cura que se activa introduciendo una gota de dicho aceite entre los párpados.

Cuando hay fotofobia, por consecuencia de iritis y de úlceras en la córnea, conviene mucho friccionar el contorno de la órbita con pomada de belladona mercurial, á fin de obtener el doble resultado de actuar sobre toda la economía, y localmente de calmar la fotofobia y prevenir las dislocaciones del íris.

Dicha pomada se compondrá de

Extracto de belladona.......	1 parte.	Ungüento mercurial........	3 partes.

Sichel recurre muchas veces á una pomada con proto-ioduro de mercurio:

Proto-ioduro de mercurio.	50 centígr.	Manteca..................	15 gram.

Para untar la frente, las sienes y los pómulos.

2.° *Tópicos directamente aplicados sobre las superficies enfermas.*

Colirio con bórax,

Agua destilada............	100 gram.	Sub-borato de sosa.	0 gr,50 á 1 gram.

Colirio con sublimado

Bicloruro de mercurio.	5 á 10 centígr.	Mucílago de membrillo.	5 á 10 gram.
Láudano.............	6 á 10 gotas.		

Colirio con sulfato de cobre.

Agua destilada......	100 gram.	Láudano..............	6 á 30 gotas.
Sulfato de cobre.....	10 á 30 centígr.		

Estos colirios, tomado de la práctica de Sichel, se emplean en fomentaciones sobre los párpados por medio de una compresa de tela fina, y en instilaciones sobre el ángulo externo.

(1) Furnival, *The Lancet*, 10 Diciembre, 1842.
(2) Hays, edicion americana de Lawrence, p. 324.
(3) Serre (d'Uzés), *Annales d'oculistique*, t. XV, p. 177.

El láudano de Sydenham, puro ó mitigado con una ó varias partes de agua, se colocará ventajosamente sobre las superficies enfermas con un pincelito, de la misma manera que el sulfato de atropina, á la dósis de 5 á 10 centígramos por 100 gramos de agua destilada. Este último medio de emplear la belladona es preferible al de las fumigaciones hechas con el extracto disuelto en agua y recomendadas por Mackenzie.

Donders alaba mucho las insuflaciones de calomelanos en el ojo, reconociéndolas la propiedad, no solo de curar la afeccion, sino de prevenir las recaidas. Sichel es de igual opinion, pero nada mas que hasta cierto punto. Sea de ello lo que quiera, hé aquí como se las émplea: se carga un pincelito muy bien seco con calomelanos de vapor, y en el momento de abrirse los párpados, se proyectará sobre la superficie del ojo, mediante un movimiento á propósito. Este polvo, que puede dejarse permanecer en el ojo sin el menor obstáculo, sale con las lágrimas espontáneamente.

Pagenstecher insiste acerca de la accion casi específica que ejercen las dósis altas de precipitado rojo bajo forma de pomada. Y este es tambien el medicamento favorito de Alberto von Graefe, de Berlin.

Bióxido de mercurio hidratado (obtenido por precipitacion...	1 gram.
Coldcream (sin aceite volátil) ó glicerolado de almidon).....	8 gram.

«Se introduce un volúmen de esta pomada, igual al de una cabeza de alfiler, por medio de un pincelito en el párpado inferior invertido. El medicamento debe quedar dos á tres minutos dentro del saco conjuntival, despues de cuyo tiempo se le quita con cuidado, limpiando la conjuntiva del párpado inferior con un lienzo, ó lavando perfectamente los ojos del enfermo. Por su permanencia demasiado prolongada en los ojos, la pomada podria obrar como cáustica y dar lugar á cicatrices (1).»

Las complicaciones por parte de la córnea serian mas bien indicaciones que contraindicaciones del medicamento.

Las emisiones sanguíneas locales solo servirán en caso de inflamacion intensa con reaccion febril. Si existiese una ulceracion en la córnea ó en sus bordes, observando al mismo tiempo una vascularizacion anormal convergente hácia las úlceras y las pústulas, convendria interrumpir esta circulacion inesperada cortando los vasos, y determinando su obliteracion por medio de cauterizaciones con el nitrato de plata.

En cuanto á las flictenillas existentes en la córnea, habria una ventaja abriéndolas, si sus paredes tardasen en ceder, y si su contenido fuera creciendo (2). Mackenzie toca cada dos ó tres dias las úl-

(1) Wecker, *Du bioxyde de mercure hydraté ou précipité jaune, et de son action dans les cas de conjonctivite pustuleuse et de kératite superficielle* (*Bulletin de thérapeutique*, 1862).

(2) Testelin y Warlomont, in Mackenzie, t. I, p. 811.

ceras profundas de la córnea con una barra fina, aun cuando haya un prolapsus del íris. Y esta es tambien la práctica de Scarpa (1).

Resúmen.—El tratamiento de la conjuntivitis pustulosa, tal como acabamos de exponerlo, podrá parecer complicado, pero hay que penetrarse de que todavía será insuficiente, ya para curar la afeccion, ya para evitar una recaida, si á la medicacion interna y á las modificaciones locales no añadimos buenas condiciones higiénicas. Como enfermedad producida por la miseria, la oftalmía escrofulosa únicamente se cura bien con el cambio de posicion.

ARTÍCULO IV.

CONJUNTIVITIS PURULENTA DE LOS RECIEN NACIDOS.

§ I.—Definicion, historia, sinonimia y frecuencia.

Definicion.—Los tres términos con los cuales se conoce la enfermedad sirven para caracterizarla. Su asiento primitivo es la conjuntiva palpebral, pero extendiéndose rápidamente por toda la superficie del ojo. La secrecion casi siempre es purulenta. Finalmente, ataca á los recien nacidos poco tiempo despues de su nacimiento, del tercero al décimo dia generalmente.

Historia.—Se han hecho trabajos importantísimos acerca de esta enfermedad, que hoy se conoce bastante bien. Porque si todavía quedan ciertos puntos ocasionados á controversia, respecto de las causas que la determinan, tambien es preciso convenir en que ya perfectamente establecido todo lo que se refiere á la sintomatologia y al tratamiento. Entre las monografías ó artículos especiales, citaremos los de Henschel (2), Landau (3), Dequevauviller (4), Poincarré (5), Von Breuning, Berg, W. A. J. Schlagintweit, Trousseau (6), Arlt, Deconde (7), Nat. Guillot (8), y la discusion que acaba de tener la Sociedad de cirujía (9).

(1) Scarpa, *Trattato delle principali malattie degli occhi*, t. I, p. 280.

(2) Henschel, *De ophtalmia neonaturum*, 1829.

(3) Landau, *Mémoire sur le diagnostic différentiel des ophtalmies catarrhale et scrofuleuse* (*Arch. gén. de méd.*, 1836, 2.ª série, t. XII, p. 308).

(4) Dequevauviller, *De l'ophtalmie des nouveau-nés, observée sous les formes endémiques et épidémiques* (*Arch. gén. de méd.*, 1843, 4.ª série, t. I, p. 397, t. II, p. 9).

(5) Poincarré, *De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés*, tésis de Paris, 1852, número 176.

(6) Trousseau, *Des ophthalmies à l'hôpital des Enfants malades* (*Ann. d'ocul.*, 1856, t. XXXV, p. 288, *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 1851. et *Journal für Kinderkrankheiten, Erlangen*, t. XIX, 1852, 1.º y 2.º libro).

(7) H. V. Deconde, *D'un nouveau mode de traitement de l'ophthalmie purulente* (*Ann. d'ocul.*, 1858, t. XL, p. 15).

(8) Natalis Guillot, *Traitement de la syphilis des nouveau-nés* (*Gazette des hôpitaux*, 1858, p. 377).

(9) *Discussion sur le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés* (*Gazette des hôpitaux*, 1865).

Sinonimia y frecuencia.—Designada con los nombres de *oftalmía purulenta de los recien nacidos*, *oftalmia de los recien nacidos*, *blefaro-blenorrea*, *oftalmo-blenorrea y blenoftalmia de los recien nacidos*, es muy frecuente esta afeccion entre las desgraciadas gentes que habitan las casas de maternidad y las inclusas. Se considera como endémica, aunque varias veces se manifieste bajo la forma de epidemia.

§ II.—Causas.

Algunos dias despues del nacimiento, y en la primera semana que sigue al parto, es cuando suele observarse, comenzando por lo general el tercero (1) ó cuarto dia. Esta proximidad al parto ha sido invocada para demostrar que la afeccion podria sobrevenir, ya de la compresion que experimentara la cabeza del niño en su camino, ya del contacto con las materias irritantes que fluyen por los órganos genitales de la mujer, y especialmente con el pus blenorrágico. Segun los experimentos hechos en la Casa de maternidad de Stockolmo, á fin de comprobar esta última opinion, resulta que los niños paridos por las mujeres que carecian de flujos vaginales, fueron atacados en la proporcion de 1 entre 18, mientras que los de las madres enfermas lo eran en la proporcion de 1 para 7 (2).

Si esta estadística sirve para demostrar que el vírus blenorrágico puede con justo título aparecer como causa de dicha enfermedad, no es menos cierto que tambien revela la existencia de otras causas susceptibles de producirla. Thiry especifica la naturaleza de la blenorragia, de que es preciso guardarse, refiriéndose sobre todo á las granulaciones de la vagina y del cuello del útero; pero consta de una manera positiva que su opinion depende de las preocupaciones que le han embargado, con motivo del completo estudio que hizo acerca de las granulaciones de la oftalmía militar. Se contestaba á los partidarios exclusivos de la infeccion blenorrágica que naciendo el niño con los ojos cerrados, no podia el pus obrar sobre estos. Pero la objecion no nos parece de gran fuerza, porque todos sabemos que la limpieza pocas veces se verifica con esmero, y es casi imposible que la materia leucorréica deje de penetrar en mayor ó menor cantidad dentro de los párpados de los niños, por muy bien cerrados que se hallen. Habiendo admitido que la oftalmía de que se trata es específica para cierto número de casos, hay que admitir del mismo modo que puedan producirla otras circunstancias.

Tambien se ha hablado de la impresion del frio, del desaseo y de las habitaciones bajas y húmedas, y hasta ha habido quien se fije en el agua fria que se vierte sobre la cabeza del niño durante el bautis-

(1) Middlemore, *loc. cit.*, t. I, p. 149.
(2) Berg, *Recherches des médec. suédois sur l'ophthalmie des nouveau-nés* (*Ann. d'ocul.*, Bruxelles, 1856, t. XXXV, p. 290), y su obra *Kliniska Förelasningar a Barnsjukdomarne vid. allucänna Baruhuset i Stockolm*, 1.° cahier, Stockholm, 1858.

mo. La influencia del frio es incontestable, porque la enfermedad se observa generalmente en el invierno y en la primavera. El mefitismo de los estercoleros, y el aire viciado de las habitaciones demasiado pequeñas deben, en nuestro concepto, tener un influjo aun mas pernicioso que el del frio; pues que á la verdad en el invierno es cuando las gentes se abrigan dentro de los departamentos, y por la insalubridad en 1832 murieron 299 huerfanitos del cólera entre 300 atacados. Sin embargo, durante las enfermedades puerperales, la peritonitis, la fiebre supurativa y las afecciones gangrenosas, se hacen las oftalmías mucho mas frecuentes y aun mas graves (1).

Mackenzie (2) apenas tiene duda alguna de que esta oftalmía sea muchas veces traumática, dependiendo entonces del jabon que haya podido introducirse en los ojos del niño mientras se le lava, ó del *whisky* ó del *gin* con que hay la mala costumbre de frotarles la cabeza.

¿Sera contagiosa esta enfermedad? Hagamos una distincion: si no cabe discutir acerca de que las formas francamente purulentas, aquellas que puedan proceder del pus blenorrágico, sean trasmisibles porque hemos visto niños enfermos que infectaban á sus nodrizas, y en las salas de los hospitales comunicarse la enfermedad de unos á otros, instalarse en una cama é invadir á todos los que la ocuparon sucesivamente; queda por otra parte discernir si las oftalmías de orígen comun, catarrales ó no, gozan de igual propiedad contagiosa, aun cuando lleguen á ser purulentas, porque las oftalmías sencillas de esta especie no es lo probable que sean trasmisibles.

§ III.—Síntomas y variedades.

La inflamacion invade un ojo solo por casualidad. De 300 niños tratados por Mildner, 7 no estuvieron enfermos mas que de un ojo. Dequevauviller consiguió un resultado muy parecido en el Hospital de la Inclusa. Generalmente principia la inflamacion por ambos ojos á untiempo, pero si uno de ellos fuere atacado antes, su congénere no tardará en afectarse, ya porque la misma influencia actúe á la vez sobre los dos ojos, ya porque haya una especie de contagio. Bajo este concepto, ha observado Dequevauviller que podia detenerse la propagacion del mal, acostando al niño del lado enfermo para determinar la salida del pus en un sentido contrario al ojo sano.

Aunque esta afeccion sea muchas veces purulenta, no es menos cierto que en los casos esporádicos puede detenerse en el período catarral. Tambien es preciso efectuar divisiones al tratar de la expo-

(1) Trousseau, *Gazette médicale de Paris*, 1852, p. 52.
(2) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 759.

sicion de síntomas, divisiones tanto mas necesarias, cuanto que han de servir de base al pronóstico y al tratamiento.

Conocemos tres formas principales: 1.°, la *catarral*; 2.°, la *purulenta*; y 3.° la *diftérica*.

1.° *Conjuntivitis catarral*.—En el principio, los párpados se entumecen, las pestañas se pegan y los bordes libres del párpado y la conjuntiva palpebral se inyectan. La inyeccion aparece sobre todo en la línea de las glándulas de Meibomio. Corre por las mejillas una secrecion mas ó menos abundante de líquido mucoso. El niño abre los ojos con facilidad y no tiene temor sensible á la luz. Todo puede quedar en dicho estado, mejorándose la enfermedad sin dejar consecuencias. Esta variedad se observa en los niños fuertes y vigosos, aislados y colocados en buenas condiciones higiénicas.

2.° *Conjuntivitis purulenta*.—En medio de los miasmas de los hospitales y de las habitaciones pobres, es muy raro que la conjuntivitis catarral no sea el preludio de la conjuntivitis purulenta. Baron daba bastante importancia á un enrojecimiento eritematoso colocado al través del párpado superior, presagio para él de la invasion de una oftalmía purulenta. Deval ha tenido motivo de estudiar igual fenómeno, y Dequevauviller lo ha visto 95 veces en 130 enfermos. Desde el instante en que se establece la purulencia, lo primero que llama la atencion es el entumecimiento de los párpados, sobre todo del superior, que cae sobre el inferior para cubrirle parcialmente. La hinchazon aumenta todavía mas bajo el influjo de los gritos y de la movilidad del niño; y entonces se dibujan sobre el borde de los párpados, dos rodetes rojos formados por la mucosa palpebral y el repliegue del retro-tarsiano. Viene á ser una especie de ectropion agudo acerca del cual Mackenzie llama la atencion, porque puede producirse espontáneamente y bajo el influjo de maniobras mal ejecutadas por las nodrizas, y porque despues de determinado una vez, no es siempre fácil verificar su reduccion. La conjuntiva que en un principio, solo se ataca por su parte palpebral, queda muy pronto invadida totalmente. Sin embargo, nunca es demasiado considerable el químosis; casi siempre es *edematoso*. De 183 casos, Dequevauviller no ha encontrado mas de seis veces un *quemosis flemmoso*. Las papilas son turgentes é infladas; pero es muy raro hallar verdaderas granulaciones tales como han de describirse en el artículo Oftalmía militar. Nunca aparece atacada la córnea desde el principio; comienza á invadirse entre el octavo y el décimo dia; se enturbia por la circunferencia; se infiltra de materias purulentas, se ulcera y se ablanda, y en los casos graves acaba por romperse y dar paso á los humores del ojo, al íris y aun al cristalino. Los líquidos segregados se presentan en gran abundancia; primero, son moco mezclado con lágrimas; mas tarde una sustancia mucosa purulenta, y últimamente se hacen espesos, amarillentos y verdosos, derramándose á chorro cuando se separan los velos palpebrales.

La forma diftérica, sobre que ha insistido tanto Chassaignac (1), no suele ser aceptada por la mayoría de los autores. Es la forma anterior, solo que, al mismo tiempo que se produce la secrecion mucoso-purulenta se deposita en la conjuntiva una especie de falsa membrana mas ó menos consistente, que, segun Rieux (2), Coffin y Gruby, tiene los caractéres de la falsa membrana diftérica, y que, segun Mackenzie, podria muy bien no ser otra cosa que el epitelio y el muco-pus endurecidos y trasformados por la accion del chorro de agua fria. Respecto á la forma diftérica, tal como la entienden los autores alemanes, es decir, á la infiltracion fibrinosa de la conjuntiva con obliteracion parcial de los vasos y sequedad de la superficie, es sumamente rara (3).

§ IV.—Curso, terminacion y pronóstico.

El curso siempre es rápido. Puede llegar al *summum* de intensidad despues de tres ó cuatro dias, segun las epidemias. Tratada convenientemente, cura pronto sin dejar la menor huella de su existencia. En el caso contrario determina alteraciones de la córnea, siempre respetables: nubes sin pérdida de sustancia ó úlceras y perforaciones con destruccion del ojo consecutivamente. Las nubes por infiltracion no son siempre irremediables; Lawrence (4), Billard (5), Hays (6) y Bouchut (7), consignan diferentes hechos en los que se ha recobrado la vista, despues de algunos meses y aun de un año, mediante una absorcion de la materia derramada. Sin embargo, no hay que fiarse de estos resultados tan satisfactorios, porque es mas prudente seguir el espíritu de estas palabras de Mackenzie: «Siempre que la persona que me trae un niño me dice que la enfermedad lleva tres ó cuatro semanas ó mas, sin que se haya sujetado á tratamiento alguno, nunca abro los párpados del niño sin la triste sospecha de que habrá perdido la córnea, sucediendo á menudo que falta una ó ambas córneas, y que el íris y los tumores del ojo, van saliendo por delante. Entonces tenemos un sensible deber que llenar: el de decir que ha perdido la vista para no recobrarla jamás.» Y aun suponiendo que no esté completamente extinguida la vista, puede encontrarse extraordinariamente alterada por consecuencia de nubes situadas en la córnea, frente á la abertura de la pupila, naciendo de ahí

(1) Chassaignac, *Ann. d'ocul.*, t. XVIII, 1847.
(2) Rieux, *De l'efficacité des douches oculaires dans le traitement des altérations de la cornée (Union médicale*, n.os 137, 138, 139, 140. Paris, 1847).—*Du traitement des phlegmasies de l'œil par la douche oculaire*, lu au Congrès de Lyon, 1864.
(3) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 60.
(4) Lawrence, *Édition américaine*, p. 254.
(5) Billard, *Traduction française de la* 1.er *édition de* Lawrence, p. 170.
(6) Hays, *édition américane de Lawrence*, p. 254.
(7) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 1862, p. 815.

algunas variedades de estrabismo, de cataratas centrales y cápsulo-lenticulares, y esas oscilaciones del globo de que traen ejemplos los autores (1). Todas estas consideraciones indican la importancia de un tratamiento rápido y enérgico.

§ V.—Tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico, no ofrece luego dificultad alguna poner á la vista las lesiones locales, desembarazando el globo con precaucion de los líquidos mucoso-purulentos que le ocultan. Se procede en seguida al tratamiento general, ya indicado por excepcion. Al principio podrán administrarse algunas dósis de calomelanos, 5 á 10 centígramos. En ocasiones será ventajoso aplicar una sanguijuela á la region temporal ó al ángulo menor del ojo; pero siempre deberemos guardarnos de seguir la conducta de Saunders, que sacaba sangre hasta que el niño palidecia. Los tópicos emolientes están contraindicados por regla general, porque aumentan la tumefaccion y la flojedad de los tejidos. Los astringentes y los cáusticos, por el contrario, tienen una gran potencia resolutiva, cuando se emplean metódicamente.

Chorros oculares.—Chassaignac es uno de los prácticos que han insistido mas acerca de la utilidad de los chorros oculares con el doble objeto de moderar la inflamacion y de limpiar los ojos. Estos chorros se hacen con agua á la temperatura ordinaria ó ligeramente tibia. El aparato de Follin es muy cómodo para aplicar los chorros (figura 86).

Tópicos astringentes y cáusticos.—Antes de proceder á aplicarlos es preciso limpiar los ojos perfectamente mediante irrigaciones de agua fria, hechas con una jeringuita ó con el irrigador de Follin. Mientras dura esta operacion, bastante delicada por cierto, hay que tener el cuidado de no lanzar el chorro líquido contra la superficie enferma de la córnea. Conviene mas, y es mas prudente dirigirlo hácia el pliegue oculo-palpebral.

La solucion de sublimado, 5 centígramos por 200 gramos de agua, y clorhidrato de amoniaco 30 centígramos, aplicada con una esponja fina, y los colirios ligeramente astringentes con

Acetato de plomo.	20 centígr.	Agua................	100 gram.
Alumbre.........	50 centígr.	Agua................	100 gram.
Sulfato de zinc....	5 á 10 centígr.	Agua................	100 gram.

instilados entre los párpados, bastarán en los casos sencillos y dentro del período de resolucion de las oftalmías graves.

Cauterizaciones con nitrato de plata.—Nunca son estas mas efi-

(1) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés,* 1862, p. 817.

caces que en la ocasion á que aludimos. Se harán con una solucion de nitrato mas ó menos concentrada: 5 ó 10 centígramos por 10 gra-

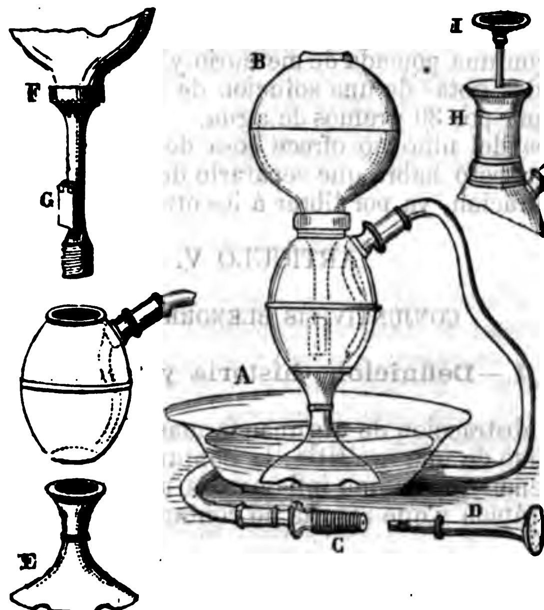


Fig. 86.—Aparatito de chorros oculares de Follin. Consta de un recipiente A, de estaño, colocado en una cubeta, y que se vacía y llena continuamente por medio de la boca de caoutchouc B ó de una bombita de resorte I y H. A esta bombita se adapta una cánula de forma de regadera para los ojos. E, G y H son piezas del aparato desmontado.

mos de agua destilada. Hay que aplicarlas con un pincelito sobre la superficie interna de los párpados, teniendo cuidado de neutralizar el exceso con agua salada.

La solucion podrá ser mas concentrada. Kennedy ó Iretand (1) elevan la dósis de nitrato hasta 8 gramos por 30 gramos de agua. Si se creyese preciso recurrir á una modificacion tan enérgica, valdria mas aplicar directamente sobre la mucosa el lápiz de nitrato de plata puro, ó el nitrato de plata debilitado, segun la fórmula de Desmarres:

Nitrato de plata fundido.. 1 parte | Nitrato de potasa....... 2 partes.

En todo caso, los toques serán ligeros; la córnea se hallará siempre dispuesta con cuidado, y no se repetirá la cauterizacion mas que una ó dos veces durante el dia, cuando haya caido la escarita superficial

(1) Nota dirigida á la Sociedad médica de Dublin.

Estas cauterizaciones, unidas á las escarificaciones de la conjuntiva, podrán vencer las mas graves oftalmías.

Cuando tarda mucho la resolucion y comienza á estar en peligro la córnea, habrá que prescribir un colirio muy laudanizado, 2 gotas de láudano por 10 gramos de agua, y untar los párpados y el borde de la órbita con una pomada de mercurio y belladona, ó introducir en el ojo una ó dos gotas de una solucion de 1 á 2 centígramos de sulfato de atropina por 30 gramos de agua.

El *régimen* del niño no ofrece cosa de particular. Se le lactará como siempre; pero habrá que separarlo de los demás niños, ya por facilitar su curacion, ya por librar á los otros del contagio.

ARTÍCULO V.

CONJUNTIVITIS BLENORRÁGICA.

§ I.—Definicion, historia y frecuencia.

Haciendo abstraccion de algunas formas ligeras que se desarrollan en el curso de una uretritis, la conjuntivitis blenorrágica debe definirse diciendo que es una inflamacion agudísima, purulenta, de marcha muy rápida y que resulta de contaminarse el ojo con el vírus blenorrágico.

Historia.—Sin tratar de discernir si el honor del descubrimiento de esta enfermedad pertenece á Antonio Musa Brassavole ó á Astruc, indicaremos que respecto de este punto, se pueden consultar ventajosamente los trabajos mas inmediatos de Eissen (1), Federico Hairion (2), Ricord (3), Decondé (4), Gouzée (5), así como los Tratados especiales de oftalmología y sifiliografía.

Frecuencia.—Aunque dicha enfermedad no sea rara por desgracia, está muy lejos de hallarse en relacion con el número de blenorragias que se desarrolla entre la poblacion adulta de ambos sexos.

(1) Eissen, *De l'ophthalmie blennorrhayique (Archives gén. de med.*, 1829, 1.er série, t. XXI, p. 125).

(2) Hairion, *Mémoiré sur l'ophthalmie gonorrhaïque (Annales d'oculistique*, 1846, t. XV, XVI; 1847, t. XVIII).

(3) Ricord, *Ophthalmie blennorrhagique (Arch. d'ophthalmologie*, Paris, 1853, t. I, p. 72).

(4) Decondé, *Traitement de l'ophthalmie blenorr.* (*Annales d'oculistique*, 1854, t. XXXII).

(5) Gouzée (d'Anvers), *Mémoire sur le traitement de l'ophthalmie gonorrhéique (Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Noviembre 1840, p. 191).—*Du degré d'utilité des évacuations sanguines dans le traitement de l'ophthalmie gonorrhéique (Ann d'oculistique*, Bruxelles, 1853, t. XXX, p. 207).

NOTA. Ya se ha hablado de la conjuntivitis blenorrágica (tomo IV, p. 760) como complicacion de las blenorragias; pero importa mucho recordar aquí su historia, con el fin de poner la conjuntivitis blenorrágica al lado de otras variedades de oftalmías purulentas y de que se perciban mejor sus analogías y sus diferencias.

De esta circunstancia ha querido deducirse que no habia relaciones de causa y efecto entre la uretritis y la oftalmía; pero segun la razonada nota de Mackenzie, si se reflexiona en el instinto que nos obliga á cerrar los ojos cuando les aproximamos el dedo, y que nos impide tocar la conjuntiva hasta que hemos separado el párpado inferior con la otra mano, desde luego se comprenderá muy bien la rareza relativa de esta clase de contagio. Por otra parte hay que tener en cuenta las idiosincrasias individuales y los experimentos de algunos médicos que aseguran que el pus desecado ó mezclado en la proporcion de una centésima parte con un líquido indiferente pierde sus propiedades contagiosas.

§ II.—Causas.

Esta afeccion no respeta edad alguna. Nosotros hemos visto niños recien nacidos afectarse de ella por pasar únicamente cerca del pus blenorrágico que fluian los órganos genitales de la madre, y contraer de este modo la oftalmía antes descrita, y que se parece á la de que ahora nos ocupamos. Pero en la edad media de la vida, es en la que se observa con mas frecuencia, lo que se comprende muy bien. El hombre está infinitamente mas predispuesto á ella que la mujer, segun opinan casi todos los prácticos. Esta, segun Swediaur (1), deberia hallarse completamente exenta de ella, lo que es contradictorio atendiendo á los hechos; no obstante, es mas raro encontrarla en el Hospital del Mediodía que en el de Lourcine. Es una de las oftalmías que mas se localizan. Si, segun Vetch (2), en la oftalmía militar solo una vez entre mil sucede que enferme nada mas que un ojo, en la conjuntiva blenorrágica ocurre lo contrario. Esto no quiere decir que ambos ojos estén libres de invadirse á la vez ó sucesivamente, sino que la localizacion en un solo ojo aparece con mas frecuencia en esta variedad de oftalmía purulenta que en cualquier otra. El hecho á que nos referimos tiene una significacion etiológica extraordinaria y demuestra que la causa de la oftalmía obra siempre por contagio directo, y nunca por contagio mediato y atmosférico.

Es imposible que persona alguna niegue el contagio. La observacion clínica no deja la menor duda bajo este punto de vista. Unas veces los dedos impregnados de materia gonorréica son los encargados de trasportarla; otras veces son los lienzos y aguas del tocador. Cullerier ha visto el caso de que se inoculara un sugeto por medio de un ojo artificial que habia dejado cierto tiempo en un vaso de que se servia para lavar el miembro (3). Generalmente los individuos enfermos de blenorragia son los que se inoculan á sí mismos, por mas que otras veces proceda el contagio de las personas extrañas con quiénes se

(1) Swediaur, *Traité des maladies syhilitiques*, t. I, p. 191.
(2) Vetch, *Pratical Treatise on the Diseases of the Eye*, p. 195.
(3) Cullerier, *Leçons cliniques sur les affections blennorrhagiques*. 1861, p. 164.

esté en relaciones accidentales ó diarias. Wardrop, Delpech, Bacot, Allan, Scherrer, Carron du Villards, Lewrence, Mackenzie, etc., refieren casos de esta naturaleza. Cuando comienza el contagio por uno de los ojos, generalmente es por el derecho, y el otro se contamina despues de una manera directa con el vírus que produce su congénere. Y esto es tan positivo que para evitar se propague la enfermedad basta solo hacer la oclusion del ojo sano con esparadrato ó con colodion (1).

Se ha explicado la rareza de la conjuntivitis blenorrágica en las mujeres por el hecho de que sus vestidos, y tal vez el pudor inherente á su sexo, les impiden llevar las manos á los órganos genitales, con tanta frecuencia como las lleva el hombre. Ninguna cosa se halla mejor probada clínicamente que el contagio directo; y tambien se comprueba de un modo experimental por la práctica de los médicos belgas y alemanes que han intentado curar el *pannus* por medio de una oftalmía aguda producida mediante la inoculacion del vírus blenorrágico (2). Sin embargo, no es inconveniente creamos que todas las inoculaciones producen resultado: el simple flujo mucoso, conocido con el nombre de *gota militar*, no tiene carácter virulento, segun observaciones de Ricord. Cuando se mezcla el pus gonorréico con cien partes iguales á la suya de un líquido indiferente, como el agua, ya no se inocula, segun demuestran los experimentos de Periniger y de Jæger; de donde podemos deducir que es casi imposible la pretendida *infeccion miasmática*, porque no es probable que pueda el pus hallarse mezclado con el aire en mayor proporcion que la ya indicada. Verdaderamente Decondé (3) cita un ejemplo que prueba, segun él, la infeccion miasmática; pero siendo su observacion en Bélgica, donde la oftalmía militar es endémica queda sin destruir la nota de Hairion (4), porque no hay quien pruebe que el primer enfermo dejara de hallarse atacado de conjuntivitis blenorrágica. Ricord (5) no admite este modo de propagarse, porque si fuera posible no habria enfermo en los hospitales que se sustrajese á él.

¿Qué debe juzgarse de la propagacion por *metastasis* y por *simpatia?* Ambas expresiones se han inventado para explicar ciertos hechos donde parecia imposible el contagio directo, y donde al mismo que se verifica el desarrollo de la conjuntivitis, veíase desaparecer el flujo uretral. Nosotros, que somos completamente de la opinion de

(1) Warlomont, *De l'occlusion palpébrale, dans le but de préserver l'œil resté sain au début de l'ophthalmie gonorrhéique (Ann. d'ocul.*, 1854, t. XXXII, p. 127).

(2) Warlomont, *Du pannus et de sŏn traitement, avec trente observations de la cure radicale de cette affection par l'inoculation blennorrhagique* (*Ann. d'oculitisque*, 1854, t. XXXII, p. 53, 101 y 149).

(3) Decondé, *Traité de l'ophthalmie*, p. 246.

(4) Hairion, *Ann. d'oculistique*. Bruxelles, 1846, t. XVI, p. 247.

(5) Ph. Ricord, *Quelques considérations pratiques sur l'ophthalmie blennorrhagique et sur son traitement (Bulletin de thérapeutique*, 1841, t. XXI, p. 347).

Cunier (1), creemos que la revulsion verificada por la flogosis ocular sobre la uretritis explica perfectamente la falta del flujo en el principio, y su reaparicion al fin de la oftalmía, sin que haya necesidad de recurrir á la suposicion del paso del pus á través de los vasos linfáticos, lo que aun no está bien probado.

La explicacion de Rollet (2), que parece mas probable tiende á admitir la simpatía. Segun él, la inflamacion ocular se establece por idéntico mecanismo al que origina un acceso de fiebre intermitente, despues de haber introducido la sonda en el conducto de la uretra. Pero en este caso, no es una conjuntivitis purulenta lo que se determina, sino mas bien una especie de iritis. Mackenzie (3), que describe en capítulos aparte la oftalmía gonorréica por metastasis, y la oftalmía gonorréica sin inoculacion ni metastasis, consigna que los autores han descrito diferentes afecciones que acompañan á la gonorrea ó que alternan con ella, y que no hay obstáculo en suponer que tengan alguna coincidencia. Sichel (4) admite igual coincidencia y explica la inesperada gravedad de la conjuntivitis catarral que ataque á un individuo enfermo de uretritis por una disposicion particular del individuo y propia para favorecer la purulencia.

Resumiendo, la conjuntivitis purulenta blenorrágica, tiene siempre lugar por inoculacion; aunque nosotros exceptuemos á la iritis blenorrágica tan perfectamente descrita por Rollet, Ricord y Zambaco, y sobre la cual ya tendremos ocasion de insistir.

§ III.—Síntomas.

1.° *Objetivos.*—Los primeros síntomas de la conjuntivitis blenorrágica aparecen comunmente durante los dos primeros setenarios de la enfermedad. Comienzan por uno de los dos ojos, y afectan en seguida todos los caractéres de la oftalmía catarral: sensacion punzante en los párpados, enrojecimiento de la conjuntiva palpebral, flujo mucoso, adherencia de las pestañas, fotofobia escasa ó nula, y ninguna reaccion general. Este período puede durar dos ó tres dias; pero algunas veces falta completamente, y entonces se manifiestan en conjunto síntomas vivísimos de inflamacion.

La hinchazon de los párpados es enorme; y la conjuntiva turgente y de color rojo escarlata no puede ya mantener en su lugar. Dicha conjuntiva amenaza salir entre los bordes palpebrales y se manifiesta bajo la forma de un rodete grueso, cubierto de vellosidades hipertrofiadas y de granulaciones voluminosas que sangran al menor contac-

(1) Fl. Cunier, *Recherches statistiques sur les maladies oculaires que l'on observe le plus communément dans la province de Brabant* (*Ann. d'oculistique*, Bruxelles, 1846, 3.ª série, t. IV, ó t. XVI, p. 154).

(2) Rollet, *Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique*. Lyon, 1858.

(3) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 777.

(4) J. Sichel, *Traité d'ophthalmie*, p. 246.

to. La córnea aparece encajada en un quemósis generalmente inflamatorio. El párpado superior cae sobre el inferior hasta el punto de cubrirlo muchas veces en su totalidad: tanto crece su volúmen por la turgencia de la conjuntiva, y por la infiltracion edematosa del tejido celular subcutáneo.

El líquido que se escapa del saco palpebral de una manera contínua y por chorros intermitentes, cuando se levantan los párpados, es espeso, amarillo ó amarillo verdoso, algunas veces putrefacto y surcado de estrías sanguinolentas. La piel de las mejillas y de la nariz por donde corre el pus, se enrojece y escoria. La córnea no tarda en invadirse; se vuelve gris blanquecina; se desorganiza, se ablanda y se ulcera, comenzando por la circunferencia. La irritacion de las membranas internas conduce á una hipersecrecion interna del ojo; el globo se extiende; la presion interior obra sobre la córnea ablandada, y la empuja hácia delante bajo la forma de un cono, cuya base descansa sobre los tejidos en supuracion. Muy pocas horas bastan para que el ojo salte y se pierda.

Otras veces los síntomas anatómicos son distintos, y la enfermedad únicamente se considera como grave, porque presenta entonces los caractéres de la oftalmía diftérica (1). Los párpados se hinchan tambien mucho, pero quedan tiesos; la conjuntiva palidece, y la secrecion se presenta serosa, gris y mezclada de pedazos fibrosos.

2.° *Síntomas fisiológicos.*—Los dolores son intensos; no solo hay fotofobia, sino que el enfermo siente aun en el globo del ojo un dolor contusivo, como de distension. Estos dolores irradian á las sienes, á la frente y al occipucio; hay cefalalgia, algunas veces delirio, y siempre agitacion é insomnio. No es raro observar vómitos simpáticos. El pulso es duro y frecuente, aumentando el calor de la piel. Este aparato febril se presenta sobre todo cuando enferman ambos ojos á la vez.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La afeccion casi nunca queda en el período catarral, á menos que no cortemos su curso mediante un tratamiento á propósito, lo que es raro, porque los enfermos suelen pedir auxilio demasiado tarde, cuando ya está la conjuntiva en estado de supuracion é invadido el globo del ojo. Entonces se manifiestan sucesivamente todas las consecuencias de las mas graves oftalmías: nubes y ulceraciones de la córnea, prolapsus del íris, estafilomas parciales ó generales, leucoma, cataratas, infartos crónicos de la coróides, etc. Muchos de estos accidentes secundarios, como las nubes superficiales de la córnea, pueden desaparecer espontáneamente, pero la mayor parte quedan como lesiones indestructibles.

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 69.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Los datos que suministra el enfermo, su edad, su posicion lejos de un foco de oftalmía purulenta epidérmica ó endémica *(oftalmía militar)*, y la naturaleza purulenta del flujo, son elementos suficientes para caracterizar la afeccion. No se la confundirá con la iritis blenorrágica, en la cual se halla muy poco alterada la conjuntiva; mientras que la inyeccion pericorne, el cambio de color del íris y las anomalías de la abertura pupilar se distinguen mas ó menos. ¿Ha habido motivo suficiente, como quiere Hairion (1), para señalar dos variedades de conjuntivitis blenorrágica: una contagiosa, caracterizada por un período de incubacion, la presencia de un buboncillo situado delante de la oreja del lado enfermo, y diferentes síntomas locales y generales muy significativos; y otra no contagiosa sin bubon preauricular, ni período de incubacion, ni otros síntomas locales tan graves? Creemos que el médico belga se ha inclinado á establecer semejantes diferencias, mas bien por deducciones teóricas que por hechos perfectamente demostrados. El bubon preauricular, que tiene tanto valor para Hairion, ha sido observado por Cunier (2) en afecciones muy diferentes del ojo y de los párpados. La oftalmía militar y la oftalmía diftérica tiene las mayores relaciones con la conjuntivitis blenorrágica, del mismo modo que las formas graves de la conjuntivitis catarral. Los cuadros siguientes indicarán las diferencias mas esenciales.

1.° *Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis blenorrágica y de la conjuntivitis catarral.*

CONJUNTIVITIS BLENORRÁGICA.	CONJUNTIVITIS CATARRAL.
Causas específicas: generalmente solo un ojo enfermo; marcha rápida; secrecion purulenta; quemosis inflamatoria; complicacion ordinaria del lado de la córnea y de las membranas profundas. Inoculabilidad.	Causas comunes: ambos ojos atacados simultánea ó sucesivamente; marcha progresiva; inyeccion menos considerable; secreciones mucosas ó puro-mucosas; quemosis serosas y complicaciones raras. Contagio problemático.

(1) Hairion, *Mémoire sur l'opthalmie gonorrhoïque (Annales d'oculistique*, 1846, tomo XV, p. 156, t. XVI, y 1847, t. XVIII, p. 205).
(2) Cunier, *Annales d'oculistique*. Bruxelles, t. XVI, p. 217.

2.° *Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis blenorrágica y de la oftalmia militar* (1).

CONJUNTIVITIS BLENORRÁGICA.	OFTALMÍA MILITAR (egipciaca).
La conjuntiva esclerótica enferma desde el principio; quemosis considerable y persistente; hinchazon edematosa y proporcional á la inflamacion; un ojo solo enfermo generalmente; ninguna granulacion y desapareciendo con el mal. Esporádica.	Los párpados enferman desde luego; quemosis menos rápida; hinchazon de los párpados enorme y persistente en los períodos sub-agudos; ambos ojos enfermos á la vez; granulaciones antes, en medio y despues del período inflamatorio. Epidémica y endémica.

3.° *Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis blenorrágica y de la oftalmia diftérica.*

CONJUNTIVITIS BLENORRÁGICA.	OFTALMÍA DIFTÉRICA.
Coincide con la uretritis; hinchazon edematosa de los párpados; conjuntiva roja y edematosa, y flujo purulento.	Se complica con difteria generalizada; rijidez é induracion de los párpados; conjuntiva blanca y seca, y flujo seroso-sanguíneo con falsas membranas.

Pronóstico.—Siempre muy grave; el mas triste de todas las oftalmías purulentas, exceptuando la diftérica. Para legitimar esta afirmacion no tenemos mas que citar la estadística de Lawrence (2) referida por Mackenzie.

De 14 casos, 9 solo la padecieron en un ojo, y 5 en los dos. En 6 de los primeros perdióse completamente la vista del lado correspondiente, y en los 3 restantes se pudo conservar, aunque uno de ellos tuvo una sinequia anterior, y el otro una leucoma. De los 5 que tuvieron ambos ojos enfermos, 4 perdieron uno nada mas, y el quinto perdió los dos. El estado constitucional del enfermo, las malas condiciones higiénicas y el abuso de los licores, son otros tantos motivos que agravan el pronóstico, sin perjuicio de la naturaleza mas ó menos violenta de la uretritis.

§ VI.—Tratamiento.

El tratamiento de la blenorragia consiste hoy en usar casi exclusivamente los antiflogísticos, los derivativos intestinales, y sobre todo las cauterizaciones enérgicas ó con el mismo, una disolucion muy concentrada de nitrato de plata sólido. Cuando la reaccion sea muy viva, puede practicarse al principio una sangría ó aplicar sobre las sienes quince ó veinte sanguijuelas. Al mismo tiempo están muy

(1) Wharton-Jones, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduction et notes par Foucher. Paris, 1862, p. 172.
(2) Lawrence, *Treatise on the venereal Diseases of the Eye*, 1830, p. 25.

indicadas las escarificaciones sobre la conjuntiva palpebral y el quimosis, teniendo cuidado de limpiar frecuentemente los ojos con chorritos de agua fria, con una solucion de 5 centígramos de bi-cloruro de mercurio por 200 gramos de agua ó con otros líquidos algo astringentes. La adherencia de los párpados se evita empleando glicerina pura, aceite comun ó una pomadita con precipitado rojo:

Precipitado rojo..... 20 centíg. | Manteca.. .... 100 gram.

Para preservar el otro ojo se reunen sus dos párpados con esparadrapo de diaquilon gomado ó con colodion, segun el método de Warlomont. Deberán emplearse con la mayor oportunidad purgantes y emeto-catárticos; y los calomelanos en dósis fraccionadas: 20 centígramos en diez papeles para tomar uno cada dos horas. Habrá que dar al mismo tiempo unturas sobre la region orbitaria con ungüento napolitano belladonado; y se instilará entre los párpados con colirio con láudano y belladona para calmar los dolores y determinar la dilatacion del iris:

Láudano de Sydenham.... 4 gram.	Agua destilada.............. 30 gram.
Sulfato de atropina....... 1 centíg.	

Es preciso tener en cuenta, sin embargo, que todos estos medios solo son adyuvantes y no puede prescindirse de recurrir á la cauterizacion con el nitrato argéntico. La mayor parte de los prácticos, Ricord, Mackenzie, Deval y Desmarrès, cauterizan desde que la enfermedad comienza. Wecker (1), creyendo que hay inconvenientes en apresurar demasiado dicha operacion, esperan al abotagamiento de la conjuntiva y á la vascularizacion de la mucosa por temor de que se determine una oftalmía diftérica; y entretanto manda colocar veinticuatro á treinta y seis sanguijuelas en el ángulo interno del ojo ó en la sien, recubrir el ojo con compresas frias, dar cada hora ó cada dos horas 5 á 10 centígramos de calomelanos, y hacer fricciones sobre diferentes partes del cuerpo con ungüento napolitano hasta que se noten indicios de salivacion. Este método puede ser ventajoso por excepcion; pero nosotros creemos que vale mas cauterizar inmediatamente, llevando desde luego el lápiz de nitrato de plata sobre la conjuntiva, y teniendo cuidado de neutralizar en seguida con agua salada el excedente del caústico susceptible de atacar la córnea. Si el abotagamiento de la conjuntiva se opusiese á esta cauterizacion, se inyectaria entre los párpados una disolucion fuerte de nitrato de plata:

6 á 8 gramos por 30 gramos de agua destilada

que se neutralizará despues.

Estas cauterizaciones deberán efectuarse siempre con cierto cuida-

(1) Wecker, *loc. cit.*, p. 69.

do para evitar que se formen en la conjuntiva cicatrices muy extensas. Por regla general, basta una cauterizacion diaria para los casos graves, y una cada dos dias para los casos leves. Será preciso que caiga siempre la primer escara, antes de proceder á la segunda cauterizacion, y podremos permitirnos ensayar en los intervalos unas inyecciones con percloruro de hierro:

Percloruro de hierro...... 2 gram. | Agua destilada..... 100 gram. (1).

Scarpa, Demours y Cooper, preocupados con sus ideas teóricas acerca de las metástasis y de las simpatías, como los demás médicos antiguos, trataron de irritar el conducto de la uretra con una sonda permanente ó inoculando un líquido blenorrágico. Pero ha habido que desechar esta práctica al instante.

Dupuytren recurria á otro tratamiento (2). Procurando tener abiertos los párpados, insuflaba en la conjuntiva por medio de un cañoncito de pluma ó de un tubito de vidrio una gran cantidad de calomelanos; repetia la operacion dos ó tres veces durante las veinticuatro horas; instilaba por la noche unas cuantas gotas de láudano de Sydenham, y al mismo tiempo mandaba emisiones sanguíneas y revulsivos.

L. J. Sanson (3), despues de lavar la conjuntiva con gran cantidad de agua, cortaba toda su parte abotargada para cauterizar en seguida toda la superficie sanguinolenta con el lápiz argéntico.

Ricord cauteriza desde el principio, practica las emisiones sanguíneas una trás de otra, unta los párpados con extracto de belladona puro ó asociado al ungüento napolitano, hace inyecciones narcóticas entre los párpados, y prescribe purgantes enérgicos.

De todos los métodos referidos, el de Dupuytren es insuficiente; el de Sanson, brutal y peligroso á causa de las cicatrices y de las adherencias consecutivas que produce; y el de Ricord, exagerado tal vez en lo que se refiere á las sangrías.

Resumiendo: emisiones sanguíneas al principio, revulsivos intestinales, unturas alrededor de los párpados con ungüento napolitano belladonado; mercuriales interiormente; cauterizacion de la mucosa y neutralizacion consiguiente, que con seguridad nunca conduce á la conjuntivitis diftérica. Tal debe ser el tratamiento racional de la conjuntivitis blenorrágica.

(1) Émile Martin, *Traité médical pratique des maladies des yeux*, 1863, p. 176.
(2) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. III, p. 569.
(3) L. J. Sanson, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* en 15 volúmenes, t. XII, p. 203.

ARTÍCULO VI.

CONJUNTIVITIS GRANULOSA ENDEMO-EPIDÉMICA (OFTALMÍA MILITAR).

§ I.—Definicion, sinonimia, frecuencia é historia.

Definicion.—La conjuntivitis purulenta epidémica se caracteriza por un conjunto de fenómenos que hacen constituya una enfermedad aparte, no obstante las infinitas discusiones á que ha dado lugar y que han terminado en que unos la denominen oftalmía catarral pura y simple, y otros la llamen conjuntivitis blenorrágica. Es *endémica* y *epidémica* é incontestablemente *contagiosa*, y además va acompañada de un síntoma anatómico fundamental, que en ninguna ocasion se presenta tan constante y tan caracterizado, la *granulacion*.

Sinonimia y frecuencia.—Esta afeccion ha recibido muchas denominaciones: *oftalmia de Egipto*, *oftalmia militar* (Laveran y Lustreman), *oftalmia de los orientales*, *oftalmia purulenta grave*, *conjuntivitis purulenta del ejército* (Desmarres), *oftalmia contagiosa* (Mackenzie), *oftalmia contagiosa purulenta de los adultos* (Denonvilliers y Gosselin), *blenorrea ocular* y *conjuntivitis granulosa*.

No atribuimos la menor importancia á la denominacion aceptada por nosotros. Es viciosa como todas las demás, vista la imposibilidad en que nos hallamos de encontrar una frase que por sí sola exprese los caractéres esenciales de la afeccion. Hemos preferido el nombre de endemo-epidémica por acentuar mejor el hecho de que esta variedad de conjuntivitis purulenta ataca con frecuencia en ciertos paises donde pasa por endémica; y que en otros, donde solo aparece durante algunos períodos de tiempos, invade, como todas las enfermedades epidémicas, á muchos sugetos á la vez. Y añadiremos la palabra *granulosa* para que se distinga de otras variedades de oftalmías purulentas y contagiosas tambien.

Historia.—Los autores antiguos consignan la historia de muchas epidemias de oftalmías graves: Avicenna, Aecio, Oribasio, Pablo Egineto, Alejandro de Tralles, Galeno é Hipócrates (1) mismo las han mencionado; pero desde la espedicion á Egipto (1798), fué sobre todo desde cuando comenzaron los médicos europeos á fijarse en esta afeccion. Habiéndola sufrido los ejércitos franceses é ingleses, Larrey (2), Desgenettes y Vetch (3) pusieron empeño en describirla. A

(1) Laveran y Lustreman, *Rapport sur l'ophthalmie militaire* (*Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, 1857, t. XX, p. 13).
(2) D. J. Larrey, *Relation chirurgicale de l'armée d'Orient en Égypte*, 1804.
(3) John Vetch, *Pratical Treatise on the Diseases of the Eye*. London, 1820.

partir de aquella época, la oftalmía purulenta ha reinado en todas las tropas europeas. Algunos regimientos ingleses la llevaron á Malta, y luego á Gibraltar. En seguida extendióse por todo el ejército inglés, y sus progresos fueron de tal naturaleza que en 1814 se contaban 2.317 militares ciegos y un número mayor aun de tuertos por consecuencia de ella. Por el mismo tiempo invadió á los ejércitos italianos y piamonteses. Las tropas prusianas la contrajeron en 1813 y la llevaron por todas partes, conservándola hasta hoy. Los rusos y los austriacos no dejaron de tener otro tanto número de víctimas, y el ejército francés, por una excepcion rarísima, despues de sufrir la acusacion de haber importado y extendido la enfermedad, no ha vuelto á tener en su seno soldados heridos de ella, despues que regresó de Egipto.

En 1814 atacó á los soldados belgas que tuvieron el privilegio de conservarla en sus filas y comunicarla á la poblacion civil. De todas las tropas europeas, las belgas han sido las mas combatidas; el año de 1826, entre 40.000 hombres tuvieron 4.159 oftálmicos; en 1836 los hospitales tenian 6.452 enfermos de dicha afeccion, y en 1840 ya la Bélgica contaba un ciego por cada 1.000 habitantes. Hoy gracias á las disposiciones aconsejadas por los médicos y adoptadas por el gobierno, el mal ha descendido extraordinariamente. Para recordar los estragos que la afeccion hizo en Bélgica, se la ha dado el nombre de *oftalmia belga*. Mientras que se invadian las tropas, la poblacion civil no quedaba exenta de ella. Patrick Mac-Gregor refiere una gravísima epidemia que padecieron los niños del instituto real de Chelsea desde 1804 á 1815. Otra epidemia parecida se declaró en Paris el año 1832 dentro del Refugio para los huérfanos del cólera. La aparicion inesperada en Europa, bajo la forma epidémica, de la oftalmía granulosa, ha hecho que muchos médicos especialistas la consideren todavía como una enfermedad de importacion extranjera; porque efectivamente se ha observado bajo el estado endémico, desde los tiempos mas remotos hasta nuestros dias, en Egipto, en Siria y en casi todas las comarcas bañadas por el Mediterráneo. La epidemia belga ha producido trabajos de la mayor importancia, y de los cuales no indicaremos sino los mas importantes. Eble (1), Fallot (2), Fl. Cunier (3), Seutin (4), Caffe (5), Gouzée (6), Hairon (7), Bendz (8),

(1) Eble, *Considerations sur la blennophthalmie des armées*, 1836.
(2) Follot, *Nouvelles recherches pathologiques et statistiques sur l'ophtalmie qui règne dans l'armée belge*.
(3) Fl. Cunier, *Recherches statistiques sur les maladies oculaires dans la province de Brabant* (*Ann. d'ocul.*, 1847, t. XVII, p. 117 y 225).
(4) Seutin, *Ophthalmie des Pays-Bas*, 1824.
(5) Caffe, *Mémoire sur l'ophthalmie de l'armée belge*, 1840.
(6) Gouzée, *De l'ophthalmie de l'armée belge*, 1842.
(7) Hairion, *Nouvelles considérations sur l'ophthalmie de l'armée* (*Archives de méd. militaire belge*, t. II).
(8) Bendz, *Considérations sur l'ophthalmie de l'armée danoise*.

Thiry (1), Henrotay (2), Warlomont (3), Decondé (4), van Roosbroeck (5), Warlomont y Tostelin (6), Dechambre (7), Laveran y Lustreman (8), Stromeyer (9) y otros muchos autores que no citamos han esclarecido los puntos mas dudosos de esta cuestion, que dió lugar á grandes disputas en el Congreso de Bruselas, continuadas despues en los *Anales d'oculistique pour l'année* 1859.

§ II.—Causas.

Hay dos cuestiones principales que exigen prévia resolucion. ¿Cuál es el orígen de la oftalmía militar, y cuál su manera de desenvolverse y propagarse? Todavía admiten muchos autores que esta enfermedad es de importacion extranjera, y que Europa la debe á Egipto; pero esta opinion no se puede sostener ante los infinitos casos que han tenido lugar aisladamente, y muy lejos de toda clase de contacto con enfermos de estraña procedencia. Si la série de epidemias sufridas por los regimientos ingleses en los alrededores del Egipto nos lleva directamente á un contagio egipcio, no es posible, sin embargo, sostener que esta afeccion no pueda producirse espontáneamente enmedio de las poblaciones humildes de las diversas comarcas de Europa, y alcanzar de preferencia al ejército que reune en el mayor grado todas las condiciones favorables al nacimiento y propagacion de la enfermedad. No fue ciertamente á la importacion á quien pudo atribuirse la conjuntivitis granulosa endemo-epidémica de la Grecia, de Italia, de España y de otros muchos pueblos de Rusia, Austria, etc. Los huérfanos del cólera en Paris, el año de 1832, no debieron por cierto la enfermedad á comunicacion alguna con Egipto. La epidemia terrible que el año de 1819 atacó á toda la tripulacion, excepto un marinero, y á 160 negros amontonados en la cala del brick francés *Le Rodeur*, solo se desarrolló espontáneamente bajo el iuflujo de la suciedad y del calor, porque dicho barco no habia tocado en costa alguna donde reinase la enfermedad (10). Estando demostrado, por consiguiente, quc la afeccion referida nace de una

(1) Thiry, *Recherches sur les granulations* (*Ann. d'ocul.*, 1850, t. XXIII).

(2) Henrotay, *Diagnostic differentiel et traitement des ophthalmies granuleuse, purulente et gonorrhoïque* (*Annales d'oculistique*, 1850, t. XXIV, p. 179 y 254).

(3) Warlomont, *Examen de la doctrine de Thiry sur les granulations palpébrales* (*Annales d'ocul.*, 1854, t. XXXI. p. 31).

(4) Decondé, *Mémoire sur l'ophthalmie belge* (*Ann. d'ocul.*, t. IV, V, VIII, X, XIII, XIX).

(5) Van Roosbroeck, *Des ophthalmies contag.* (*Gazette hebdomadaire*, 1854, página 259).

(6) Warlomont y Testelin, Addition au traité de Mackenzie, t. I, p. 697.

(7) Dechambre, *De la contagion de l'ophthalmie militaire* (*Gazette hebdomadaire*).

(8) Laveran y Lustreman, *Recueil de mémoires de médecine militaire*, t. XX, 1857.

(9) Stromeyer, *Maximen der Kriegsheilkuns*. Hanovre, 1861.

(10) Guillié, *Bibliothèque ophthalmologique*, 1820, t. I, p. 74.

manera espontánea en ciertas regiones donde es endémica, y que tambien se desarrolla bajo la forma de epidémica en los asilos y prisiones, y entre las clases mas miserables de las grandes poblaciones, tratemos ya de inquirir cuáles sean sus causas iniciales, sin preocuparnos del orígen egipcio, que no puede invocarse en la mayor parte de los casos.

Causas iniciales.—En Egipto aparece durante la estacion cálida, siendo mas frecuente por las poblaciones que por los campos. Los árabes beduinos casi están exentos de ella; mientras que la ciudad del Cairo, apellidada tambien ciudad de los ciegos, se halla mas combatida que todo el Egipto. Volney señalaba como primera causa de su desarrollo el mefitismo de la atmósfera mantenido por las inmundicias de todo género que obstruyen los acueductos, y abundan en las casas y en las calles de los barrios bajos. Larrey la atribuia al influjo de los rayos solares, y á que penetrasen en los ojos granos de arena arrastrados por el viento. Desgenettes insiste en que procede de una supresion de los flujos diarréicos y disentéricos. Y otros muchos suponen pueda depender del enfriamiento y humedad de las noches con que terminan los dias mas abrasadores. Todas estas causas no tienen igual importancia; y el hecho solo de la exencion que disfrutan los habitantes del desierto inclina á prescindir desde luego del influjo de los rayos del sol, y de la accion mecánica ocasionada por los granos de polvo. Laveran y Lustreman (1), de quien tomamos los rasgos mas característicos de esta descripcion, resúmen así su modo de ver acerca de las causas principales de la oftalmía egipcia: «Libertad hay para discutir todavía acerca del influjo de la brillantez de la luz, de la violencia de los aires y de las arenas que estos acarrean; pero ya parece que debemos hallarnos convencidos de que la humedad de la atmósfera procedente de la evaporacion de las aguas del Nilo despues de los desbordamientos y de los rócíos nocturnos, la no interrumpida sucesion de noches frias y de dias extraordinariamente cálidos, los enfriamientos determinados por esta desigualdad de temperaturas, y el mefitismo que distingue al Cairo por el increible desaseo de sus habitantes, y por la falta de corrientes en sus acueductos, son las causas iniciales mas activas de la oftalmía de Egipto.» Tambien es probable que las cosas sucedan del mismo modo en aquellos paises donde la enfermedad pasa por endémica. En Argelia acomete á la poblacion indígena de las ciudades, á los colonos que cultivan terrenos bajos y húmedos, y á los árabes de los oasis, amontonados en casuchas estrechas y mal ventiladas. Bégin y Legouest experimentaron en sí mismos la gravedad de dicho mal durante una visita de inspeccion que hicieron en África. Las tropas francesas han tenido que sufrir distintas veces epidemias, aunque cortas, de oftalmía purulenta, siendo lo mas notable que siempre estas se han des-

(1) Laveran y Lustreman, *loc. cit.*, p. 26.

arrollado dentro de los alojamientos muy estrechos, y nunca en las operaciones de campaña. Las epidemias de Constantine y de Philippeville (1839), de Bone (1843), de Batna y de Biskra (1846), y de Laghouat (1853), aparecen consignadas en las *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*. No obstante, queda siempre por averiguar si dichas epidemias son idénticas á la oftalmía de Egipto, y si podremos reunir en nuestras comarcas el conjunto de circunstancias que determina el desenvolvimiento de la oftalmía endémica de los climas cálidos. Laveran y Lustreman conceden que la necesidad de vivaquear sobre terrenos frios y húmedos, despues de dias de combate y de marchas agitadas sufriendo calores sofocantes, dió lugar á la gran epidemia que desde 1813 á 1815 estuvo cebándose en los ejércitos aliados. Pero sea como quiera, ya procedente de Egipto, ya originada de un modo espontáneo, es lo cierto que dicha oftalmía se propaga con una facilidad aterradora. ¿Cuales serán las causas de esta propagacion?

Contagio.—Si hay algo bien demostrado en medicina, es indudablemente la propiedad contagiosa de la oftalmía de los ejércitos. No tenemos que acumular mas pruebas sobre las que ya existen; basta que pasen unos cuantos soldados enfermos de ella, por un lugar cualquiera donde no la conozcan, y al momento se comunica á los habitantes; basta que un enfermo de cualquiera sala de hospital donde no haya oftálmicos la padezca, para que al instante la trasmita á los inmediatos, y estos á los demás. El gobierno belga tuvo en el año de 1834, la desgraciada idea de cortar radicalmente la epidemia, enviando á sus casas soldados á medio curar. Entonces se extendió la afeccion de un modo considerable á la poblacion civil; llovieron de todas partes las reclamaciones, y hubo necesidad de sustituir el decreto de 1836 por otro ordenando separar á los soldados dentro de los hospitales y enviarlos á unos depósitos de convalecencia.

El contagio puede ser *inmediato* ó *indirecto*.

El contagio inmediato se prueba:

«1.° Por hechos ocurridos accidentalmente en enfermos que, cuidando á individuos atacados de oftalmía granulosa, contrajeron igual afeccion, á consecuencia de habérseles introducido en alguno de sus ojos cierta cantidad de materia puro-mucosa saltada mientras inyectaban los párpados de los enfermos sujetos á su cuidado (1).

»2.° Por experimentos directos efectuados sobre animales (2).

»3.° Por inoculaciones practicadas en el hombre con objeto de curar el pannus (3).

»4.° Por los trabajos de Guillié, que trasportó la enfermedad des-

(1) Testelin y Warlomont, Addition à Mackenzie, t. I, p. 716.
(2) Deconde, *Annales d'oculistique et de gynécologie*, 1838 y 1839, vol. 1, p. 393.
(3) Van Roosbroeck, *Cours d'ophthalmologie*, t. II, p. 294.

de el Hospital de niños, á los ojos de cuatro jóvenes amauróticos del Instituto de los ciegos (1).»

Decondé y Florencio Cunier han demostrado que el pus conservaba sus propiedades contagiosas en todos los períodos de la enfermedad y aun despues de seco. Van Roosbroeck, queriendo ir mas lejos, ha tratado de demostrar que el glóbulo purulento solo era virulento; pero sus trabajos mal fundados no han podido ser concluyentes. El trasporte de la materia en el contagio inmediato se verifica de distintos modos: saltando accidentalmente á los ojos de los enfermeros, ó teniendo por intermedio las aguas de tocador, las toallas y todos los objetos que suelen usarse indistintamente entre personas que viven reunidas.

¿Puede efectuarse el contagio por medio del aire atmosférico, ó lo que es lo mismo, por infeccion? Aquí parece que la respuesta deberia ser afirmativa; pues ¿cómo se explica de otra manera que la enfermedad se extienda tan rápidamente, despues de haber tomado todas las precauciones imaginables para impedir el contacto directo! Verdad es que puede invocarse la intervencion de causas iniciales; pero donde no existan dichas causas, habrá necesariamente que recurrir al contagio atmosférico para el primer individuo, que se constituirá luego en elemento de trasporte de la materia virulenta. Decondé ha sido el primero que ha hecho experimentos suficientes, al parecer, para resolver la cuestion, encerrando perros atacados de oftalmía con perros sanos, y viendo cómo se comunicaba á estos últimos la enfermedad. Warlomont y Testelin (2) están muy dispuestos á admitir el contagio por via atmosférica: 1.°, porque los hechos en que se apoyan son tantos y tan característicos, que han podido convencer á la mayor parte de los oftalmólogos; 2.°, porque sea cualquiera el esmero quese ponga en impedir que los individuos que rodeen al enfermo toquen las prendas de su uso, raros son los que se libran de ella; 3.°, porque adoptando este modo de trasmitirse la enfermedad, se procura siempre multiplicar las precauciones, y estas, aunque no sean indispensables bajo el punto de vista del contagio aéreo, contribuyen á disminuir los peligros de una comunicacion inmediata con la enfermedad.»

Circunstancias que favorecen el contagio.—La historia de todas las epidemias y de todas las recrudescencias endemo-epidémicas, dice que estas siempre coinciden con las estaciones cálidas y húmedas; que se atenúan y desaparecen por completo al presentarse los meses frios, y que los cuarteles mas sucios, y los menos ventilados, y aquellos que carecen de suficiente espacio entre las camas, son los que producen mayor número de enfermos. Los cuarteles de Santa Isabel y la Anunciacion en Bruselas, llenos de malas condiciones higiénicas, mandan á los hospitales constantemente un número crecidísimo

(1) Guillié, *Bibliothèque ophthalmologique*. 1820, t. I, p. 81.
(2) Warlomont y Testelin, *loc. cit.*, p. 720,



de enfermos. En el campamento de Beverloo, donde se aglomeran los hombre aun mas que en las peores guarniciones, causa dicha enfermedad extraordinarios estragos. Los reclutas, los soldados viejos que tienen mala constitucion, y todos los que han sufrido antes oftalmías catarrales, caen desde luego. Hay una especie de aclimatacion para los veteranos y para los enfermeros que ya tienen el hábito de cuidar oftálmicos; pero esta aclimatacion tiene sus límites. Tales son las circunstancias extrañas á la causa específica de la oftalmía de los ejércitos, pero que favorecen, sin embargo, su accion concentrándola en determinados puntos, y trasmitiéndola á individuos mejor dispuestos á recibirla, ya por su constitucion primitiva, ya por las fatigas que han llegado á debilitarlos. Otras veces se ha discutido mucho acerca de los perniciosos efectos de un cuello demasiado estrecho, de un chacó muy pesado, de cierta clase de morriones, y del uso de algunos alimentos y bebidas. Pero ya seria trivialidad ocuparse de esta etiología.

§ III.—Síntomas.

El punto mas importante de la sintomatología de la oftalmía militar consiste en el desarrollo de las granulaciones, acerca de cuya naturaleza se ha hablado y escrito extraordinariamente. Pero por muy opuestas que fueran las opiniones, tuvo al fin que establecerse que antes, en medio y despues del desarrollo de la enfermedad se presentan sobre la conjuntiva oculo-palpebral unas pequeñas eminencias apuntadas ó redondeadas, sentadas ó pediculadas, que constituyen el carácter mas importante de la oftalmía de los ejércitos.

Las *granulaciones* (1) que se desarrollan en la conjuntiva difieren mucho por su situacion anatómica, su constitucion histológica y su significacion patológica, representando á lo menos cuatro variedades principales. La primera, que se observa en todas las conjuntivitis poco extensas, está reducida á una multitud de desigualdades pequeñas acumuladas entre sí, situadas generalmente en la porcion palpebral de la conjuntiva. Abundan de tal modo en dicho sitio que cubren enteramente la superficie de la conjuntiva; en el fondo, y hácia los ángulos del ojo adquieren aun mayor desarrollo, estrechándose y apareciendo muchas mas como pequeños condilomas. Se hallan formadas por una envoltura epitélica que cubre otro tejido mas ó menos granuloso, en cuyo centro se notan fibras, y fibro-células de tejido conectivo que sirven de sosten á muchas ramificaciones vasculares. Estas granulaciones designadas con el nombre de *granulaciones papilares*, no tienen la menor significacion propia. Thiry, sin embargo, les atribuye grandísima importancia (2).

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, láminas 2.ª y 3.ª.
(2) Thiry, *Compte rendu du Congrès de Bruxelles*, Paris, 1856.

Tambien puede observarse, cerca del borde libre de los párpados, una multitud de puntitos salientes aislados ó reunidos en placas, mas bien que en líneas paralelas. Estas son vesículas cristalinas y trasparentes, originadas por un levantamiento epitélico, y llenas de una serosidad perfectamente diáfana; tienen igual orígen que las de los sudamina, desaparecen con facilidad, y no corresponden propiamente á la oftalmía militar. Se llaman *granulaciones miliares*.

Las *granulaciones vesiculosas* y las granulaciones carnosas se encuentran muchas veces simultáneamente, y constituyen lo que describen los alemanes con el nombre de *trachome*, haciendo de su desenvolvimiento una afeccion aparte.

Granulaciones vesiculosas.—Hay en la conjuntiva muchos folículos mas abundantes en el fondo de saco y en el trayecto de los grandes vasos que en las demás partes; de los cuales unos contienen una materia grumosa, y otros se confunden con corpúsculos linfáticos. La hipertrofia de dichos folículos constituye lo que hemos designado bajo la denominacion de *granulaciones vesiculosas*. «Estas se presentan en forma de puntitos salientes, redondeados ó cónicos del volúmen de un grano de mijo, separados entre sí por pequeños intervalos y confluentes hácia el ángulo exterior. Los intervalos que les separan se hallan atravesados por vasitos muy pequeños; y su superficie es bastante regular, rojiza ó de color blanco-amarillento. Generalmente son depresibles, y no existen mas que en el repliegue retro-tarsiano, donde forman, cuando están en gran número, una especie de sombrerillo trasversal. Punzando con una lanceta cualquiera de las granulaciones expresadas, se ve manar un líquido poco espeso y ligeramente opalino ó amarillento (1).» Las granulaciones vesiculosas han suscitado muchas cuestiones que se hallan muy lejos de esperar una resolucion inmediata. ¿Son especiales de la oftalmía de los ejércitos? Segun unos, sí; segun otros, no. ¿Procederán tal vez de un vírus específico, siendo susceptibles de reproducirlo? Thiry (2) ha sostenido esta opinion, y Sperino la combate (3). La verdad es que en presencia de la conjuntiva constituye siempre un peligro, segun casi todos los observadores, no solo para los atacados de ella, sino para cuantos se encuentran á su alrededor (4) Stromeyer (5), dice á propósito de ello, que las tropas tendrán mucho que sufrir cuando los médicos consideren las granulaciones vesiculosas como un estado normal.

Granulaciones verdaderas.—Muchas veces se han confundido dichas granulaciones con la hipertrofia de las papilas, dándolas el nombre de granulaciones carnosas. Segun trabajos muy recientes de Stro-

(1) Foucher, *Note additionnelle à* Wharton-Jones, 1862, p. 105.
(2) Thiry, *Congrès de Bruxelles*, p. 318.
(3) Sperino, *Congrès de Bruxelles*, p. 109.
(4) Decondé, *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1840, p. 340.
(5) Stromeyer, *Maximen der Kriegsheilkunst*, Hanovre, 1861, p. 61.

meyer (1), de Bendz (2), y de Stellwag, tienen una composicion completamente distinta. En el principio son unas manchitas de color blanco-amarillento, no vasculares y colocadas en medio de las pupilas turgentes, y mas tarde aumentan de volúmen y se multiplican extraordinariamente sobre la conjuntiva del tarso, y sobre la mucosa del repliegue. Tambien puede apercibírselas en la mucosa del bulbo y aun sobre la córnea; pero en el párpado superior es donde adquieren sobre todo su desarrollo mayor. Cuando son muy antiguas afectan una forma mas ó menos redonda como de *tapioca cocida* ó á los *huevecillos de rana;* están constituidas por una masa de nudos separados mediante una sustancia gelatinosa en cuyo centro pueden apercibirse fibras-células. Para unos dependen de una exudacion neo-plástica, para otros es un producto análogo al tubérculo (Wecker). Arlt (3) las ha visto experimentar una trasformacion caseosa, lo que constituye una excepcion. Generalmente degeneran en tejido fibroso sumamente retractil; carecen de envoltura propia como las granulaciones vesiculosas; no son tan rojas ni se hallan tan simétricamente colocadas como las hipertrofias papilares; estas contienen interiormente muchos vasos, mientras que la superficie de las granulaciones verdaderas suele manifestar una pequeña vascularizacion.

Tales son las cuatro formas principales de granulaciones conjuntivas estudiadas en su estado rudimentario. Con el tiempo, todas estas variedades tan distintas entre sí en un principio, llegan á confundirse; y de aquí ese infinito número de descripciones admitidas bajo los nombres de *granulaciones papilares aterciopeladas*, *fungosas*, *vegetativas*, *blandas*, *duras*, *callosas*, *pediculadas*, *inodulares*, *cicatrizales*, etc. Los síntomas de la conjuntivitis granulosa endemo-epidémica varían mucho, segun epidemias, y tal vez esa misma enfermedad no sea absolutamente idéntica en los diferentes paises donde se desarrolla. Sin embargo, tiene un aspecto general que la caracteriza como afeccion independiente de las demás, donde quiera que se produzca. Los belgas convienen en describirla bajo tres estados: 1.°, *estado crónico ó de indolencia*, constituido por granulaciones; 2.°, *estado de oftalmía sub-aguda*; 3.°, *estado de oftalmía super-aguda*.

« 1.° *Estado crónico.*—Puede ser primitivo ó consecutivo, y en ambos casos se halla formado por granulaciones. Estas existen muchas veces sin que el individuo tenga conciencia de ellas: ni experimenta incomodidad alguna, ni le ofenden los movimientos de párpados y ojos, ni advierte el menor obstáculo en sus funciones visuales. Pero cuando ya las granulaciones han adquirido mucho desarrollo,

(1) Stromeyer, *Deustsche Klinik*, 1859, n.° 55.
(2) Bendy, *Comple rendu du congrès de Bruxelles*, p. 236.
(3) Arlt, *Du trachoma de la conjuntive: caractères qui la distinguent de la granulation proprement dite (Ann. d'oculitisque*, Bruxelles. 1850, t. XXIV, et *Union médicale*).

los párpados inferiores se hinchan, formando una salida apreciable al exterior; el brillo del ojo puede disminuir notablemente, y la conjuntiva del globo se enrojece. En este estado, el enfermo solo siente un dolor pasajero perceptibile con especialidad cuando mueve el globo del ojo; una impresion como la que producen los cuerpos extraños y los granitos de arena, que le incitan á frotarse, y cierto escozor entre los párpados sensible por las mañanas ó cuando el enfermo se halle expuesto á la accion de elevadas temperaturas, de humos espesos, de luces demasiado brillantes ó de vientos excesivos.

En tales circunstancias, la vista se estravía momentáneamente; los ojos se humedecen; aumentan la secrecion mucosa, recogiéndose en el ángulo palpebral interno y coagulándose allí durante la noche; y al despertar, los párpados y pestañas aparecen pegados y aglutinados. El frotamiento de las granulaciones sobre la córnea determina vascularizacion y engruesamiento.

Puede admitirse como regla que, cuando la mitad superior de la córnea se halla ocupada por una nube vascular, dicha circunstancia implica la irritacion lenta y crónica de esta parte, á causa del frotamiento que sobre ella ejercen, del mismo modo que una escofina, las asperezas mas ó menos duras, y que se alojan en la mucosa del párpado correspondiente.

Cuando el estado crónico es consecuencia de cualquier inflamacion aguda, el entumecimiento de la conjuntiva crece tambien; las trasformaciones fibrosas se verifican en su interior; las bridas cicatrizales reunen los párpados con el globo; hay, por fin, *ectropion* y un *lagoftalmos*, mas ó menos aparente, por causa de la retraccion de la conjuntiva. En tales casos, la córnea se halla siempre profundamente alterada.

»2.º *Estado subagudo.*—La presencia de una secrecion mucosopurulenta, producida por granulaciones que se reunen en la ranura oculo-palpebral inferior, y que desaparece ó aumenta, segun se quiere comprimiendo la superficie granulada (1), indica la aparicion del segundo grado, ú *oftalmía granulosa subaguda*, principalmente cuando con ella coinciden estos otros síntomas: alteracion pronunciada de la vista sobre todo por las mañanas, á consecuencia de hallarse detenidos delante de la córnea algunas filamentos de la materia segregada, y que el enfermo tiene que quitarse con frecuencia por medio de un pañuelo ó de un pedacito de lienzo; aumento de volúmen de las granulaciones, y aumento por lo tanto de la saliente de los párpados; enrojecimiento y tumefaccion de la conjuntiva del globo; sensacion de granos de arena casi permanente; dolor y fotofobia. El dolor no tiene siempre iguales caractéres: es punzante algunas veces y pesado otras; ya se limita á los ojos, ya se extiende por la frente y

(1) Fallot, *Nouvelles recherches pathologiques et statistiques sur l'ophthalmie belge*, 1838, p. 10.

por el cráneo; en ocasiones suele ser contínuo, y en casos dados intermitente, coincidiendo con este último la particularidad de desenvolverse siempre durante la noche (1).

»*Estado super-agudo.*—Su carácter principal reside en el tumor rojo ó azulado que forman los párpados hinchados enormemente y donde se suelen dibujar muy bien los vasos cutáneos llenos de sangre y como varicosos. *Los torrentes de que se desbordan por la hendidura palpebral, cuando se separan los párpados, inundan, irritan y escorian la piel de la mejilla correspondiente.* Este es el cuadro de la conjuntiva purulenta blenorrágica en su mayor grado de intensidad. El parecido entre ambas afecciones se completa con las alteraciones de la crónica, sus elevaciones, sus perforaciones y como consecuencia de ello la destruccion del ojo.»

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* varía mucho en los tres estados. La forma crónica puede persistir indefinidamente y desaparecer de un modo espontáneo, si el enfermo se coloca en buenas condiciones higiénicas, y está sugeto á un tratamiento á propósito. Lo mismo sucede con la forma subaguda: queda estacionaria durante mas ó menos tiempo, retrocede al estado crónico ó pasa á la forma super-aguda, la cual suele establecerse de repente, por decirlo así, cuando es muy enérgica la impresion de la causa específica. De todos modos, el estado subagudo y el crónico, harán siempre muy probable la invasion de graves flegmasías, cuando haya falta de limpieza en las habitaciones del enfermo, cuando se encuentren reunidos muchos atacados de granulaciones, ó cuando una causa irritante cualquiera atraiga sobre los ojos congestiones fuertísimas.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Las condiciones en que se produce la enfermedad sirven para reconocerla, mucho mejor que sus síntomas propiamente dichos. Ya hemos obtenido ocasion, en el artículo CONJUNTIVITIS CATARRAL, de exponer las diferencias que existen entre esta última afeccion y la oftalmía militar. De estas dos enfermedades hemos hecho tambien dos especies morbosas distintas. Aceptando de acuerdo con varios autores, que puede desarrollarse la oftalmía militar espontáneamente, y que es imposible atribuirle siempre un orígen egipcio, creeríamos hallarnos en contradiccion con nosotros mismos y ser de la opinion de los que no ven en la conjuntivitis granulosa endémico-epidémica, sino la expresion mas avanzada de la conjuntivitis catarral. Pero no es este ciertamente nuestro parecer:

(1) Fallot, *loc. cit.*, p. 9.

para que la oftalmía militar se desarrolle y propague es indispensable que á las influencias atmosféricas que determinan el catarro, se reunan otras varias circunstancias. Estas circunstancias son especialmente: la vida en compañía, el mefitismo de los lugares correspondientes á paises cálidos, y el mefitismo de los escombros en los paises templados. Bajo este punto de vista, venimos á ser de la opinion de Laveran y Lustreman, que refieren la oftalmía militar á una constitucion médica especial, considerándola patogénicamente como si fuera análoga á las fiebres intermitentes, con quienes alterna en los paises cálidos, y con el tifus esa otra enfermedad del ejército y de los parajes sucios. Por lo demás, la expresion sintomática y las consecuencias clínicas, no son idénticas en ambas afecciones.

Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis granulosa endemo-epidémica y de la conjuntivis catarral.

CONJUNTIVITIS GRANULOSA ENDÉMICO-EPIDÉMICA.	CONJUTIVITIS CATARRAL.
Endémica en los paises cálidos; nace y se desarrolla en la estacion de verano de los climas templados; aparece bajo forma epidémica; se continúa en determinados centros que no traspása cuando se impide comuniquen entre sí los sanos y los enfermos; se propaga por contagio inmediato é indirecto.	Mas propia de paises y de estaciones frias; se desarrolla donde quiera que existan iguales condiciones atmosféricas; no se localiza; no se propaga problemente por contagio; desaparece en las épocas poco favorables para su desenvolvimiento.
Principia con lentitud generalmente: granulaciones iniciales vesiculosas y carnosas; inflamacion superaguda, concomitante ó consecutiva de las granulaciones.	Principia comunmente de un modo brusco, con dolores y congestion ocular; sin granulaciones iniciales verdaderas, manifestando solo una híperemia papilar.
Contagiosa en las formas crónicas del mismo modo que en las agudas.	No es positivamente contagiosa en las formas leves.
Rara vez cura sin dejar rastros; persistencia del estado tracomatoso.	Cura sin dejar rastro en la conjuntiva, exceptuando muy pocos casos.

Pronóstico.—No cabe duda en que el pronóstico de la oftalmía militar siempre ha de ser grave. Sucede muchas veces, que, por medio de un tratamiento á propósito, desaparecen con facilidad las granulaciones vesiculosas, y todas aquellas que designamos con el nombre de *granulaciones verdaderas*, cuando no son antiguas; pero tambien constantemente ocurre que se reproducen, y su vuelta es temible, ya porque se trasformen con lentitud en granulaciones voluminosas que cubran la conjuntiva como un empedrado, segun la frase admitida, ya porque determinen una oftalmía super-aguda. Tal tenacidad ofrecen las granulaciones crónicas que en el Congreso de Bruselas, pudo Warlomont apostar con sus colegas que le presentasen un sugeto que hubiese permanecido dos ó tres meses en una sala de granulados, tratándose por cualquier método, y que conservara sus conjuntivas com-

pletamente normales. Si se le ha aplicado el método ectrópico las conjuntivas estarán reemplazadas por cicatrices blancas; si se le ha sometido á un plan mas suave, el estado de inflamacion que subsiste indica la existencia de un gérmen de nuevas invasiones. Y Fallot casi se expresaba en iguales términos (1). La gravedad de la oftalmía sobreaguda, que todavía es mas inmediata, resulta de complicaciones por parte de la córnea y de las membranas profundas.

§ VI.—Tratamiento.

Tratándose de formas latentes, constituidas casi solo por granulaciones, el plan solo debe ser tambien local é higiénico. Las aplicaciones locales consisten en tópicos irritantes y cáusticos, cuya intensidad es proporcional á la alteracion de la conjuntiva.

Durante mucho tiempo los prácticos apenas han empleado otro procedimiento que cauterizar con el nitrato de plata. Pero ya se empieza á encontrarle algun inconveniente. Cuando la cauterizacion no se efectúa con cuidado produce pérdidas de sustancia, y por lo tanto cicatrices retractiles y deformidades extraordinarias, á menos que tenga otras peores consecuencias, como la de agravar las enfermedades de la córnea. Esto fué lo que inspiró á Stromeyer para decir que las cauterizaciones eran mas peligrosas que la afeccion misma (2). Hay, sin embargo, no poca exageracion en el dicho del eminente observador á que nos referimos. Lo positivo es que al practicar las cauterizaciones es indispensable proceder siempre con prudencia y con reserva.

Puede emplearse el *nitrato de plata* bajo forma de lápiz, ó bajo la de soluciones mas ó menos concentradas; aunque tal vez convenga sobre todo servirse únicamente de soluciones dosificadas. Deconde (3) aconseja que se cauterize siempre el párpado superior antes que el inferior, de tal modo que una vez obtenida su curacion, no pueda derramar sobre el inferior materias irritantes que prolonguen la enfermedad. Gouzée propone cauterizar ambos párpados en el mismo dia. Si se desea alcanzar un resultado completo y evitar todo género de recaida, es preciso llevar el cáustico hasta el fondo del repliegue oculo-palpebral, lo que no siempre puede hacerse bien en el párpado superior. Para mayor seguridad hay que revolver dicho párpado, segun el método de Van Lil (4). Se distribuye la solucion entre todos los puntos enfermos por medio de un pincelito, y se neutraliza con agua salada, despues de trascurridos algunos segundos, teniendo

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 237.

(2) Stromeyer. *Maximen der Kriegsheilkunst*. Hannover, 1861.

(3) Decondé, *Mémoire sur l'anatomie de la conjonctive, au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement* (*Annales d'oculistique*, 1849, t. XXI, pagina 17).

(4) Van Lil, *Archives de médecine militaire belge*, t. IV, 1849.

la precaucion de respetar la conjuntiva ocular, y de impedir que el cáustico toque á la córnea, como Graefe (1) recomienda especialísimamente. Hairion (2) prefiere una solucion muy concentrada de nitrato de plata, excluyendo la piedra infernal que Deval (3) rechaza igualmente por las razones ya indicadas.

Segun la importancia de la enfermedad, estarán las soluciones mas ó menos graduadas. Cuando las granulaciones sean leves, la disolucion podrá contener desde 10 hasta 20 centígramos por cada 30 gramos de agua destilada; pero cuando sean voluminosas y vayan acompañadas de cierto grado de hiperemia papilar, la dósis crecerá hasta 1 ó 2 gramos por igual cantidad de escipiente.

Las cauterizaciones solo se repiten de tarde en tarde, cada cuatro ó cinco dias, á menos que haya indicaciones especiales. Gouzée dice que no se verifiquen sino de ocho en ocho ó de quince en quince dias (4).

Se han usado al mismo tiempo que el nitrato de plata, ó con objeto de sustituirle, cáusticos muy diferentes. Hablando en general deben desecharse completamente los ácidos demasiado enérgicos. Eble recomienda, tratando de ciertos casos graves, que se aplique una solucion de 20 centígramos de sublimado corrosivo y 4 granos de agua destilada; pero él mismo confiesa que dicho cáustico produce con la mayor facilidad violentas oftalmías.

El *sulfato de cobre*, cortado en forma de lápiz, y pasado por la mucosa, ofrece ciertas ventajas: no determina sino escaras superficiales, y basta perfectamente para reprimir granulaciones de poca entidad.

Hairion (5) preconiza el tanino, con el cual obtuvo los mejores resultados en algunos casos de granulaciones vesiculosas, y sobre todo en ciertas blenorreas crónicas con pannus de la córnea. Hé aquí su fórmula:

Agua destilada........	20 gram.	Goma arábiga...........	10 gram.
Tanino puro..........	5 gram.		

Disuélvase y cuélese por un lienzo.

Fromont (6) usa con grandes ventajas la tintura de iodo para combatir las granulaciones antiguas que padezcan los sugetos irritables y linfáticos, cuando haya pannus de la córnea ó blefaritis crónicas.

(1) De Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*, 1854, Band I, S. 199.
(2) Hairion, *Nouvelles considérations pratiques sur l'ophthalmie (Archives de médecine militaire belge*, 1848, t. II, p. 141).
(3) Deval, *loc. cit.*, p. 238.
(4) Gouzée, *Archives belges de médecine militaire*, 1848, t. II, p. 249).
(5) Hairion, *Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin*. Louvain, 1851.
(6) Fromont, *Note sur le traitement des granulations palpébrales au moyen de la teinture d'iode (Annales d'oculitisque*, 1848, t. XIX, p. 251).

El ácido crómico experimentado por Hairion (1), el cloruro de zinc que recomienda Hays (2), el cloruro de oro aconsejado por Clay Wallace (3) y el ácido fosfórico que Cunier prescribe (4), están muy lejos de haber adquirido importancia alguna en la práctica. No sucedió lo mismo con el acetato de plomo, á quien se atribuyeron resultados maravillosos; pero desgraciadamente hoy se dirige ya la opinion en opuesto sentido, y el entusiasmo que su uso excitaba al principio va ya disminuyendo cada dia. Lejos de nosotros la idea de decir que el método sea malo ó peligroso; pero tambien habremos de confesar que no constituye un específico infalible. Y sin perjuicio de todo, es uno de los agentes que mejor éxito producen y de los que no se deben prescindir.

El acetato de plomo, cuyas ventajas prácticas comenzó Buys á demostrar (5), y que reconocieron en seguida los mas conocidos oftalmólogos de Bélgica, se usa del modo siguiente: Tómese acetato de plomo neutro muy puro y perfectamente porfirizado, un pincel de pelo de tejon y un vaso que contenga agua clara. Humedézcase el pincel con el agua é introdúzcasele en el polvo de acetato de plomo. Una vez adherido este, diríjase el pincel al ángulo externo del ojo, y manténgase allí durante algunos segundos, en cuyo tiempo las abundantes lágrimas que se derraman empapan la sal y la convierten en una especie de papilla. Repítase otra vez la misma operacion. Cuando la cantidad de sal depositada en la conjuntiva sea suficiente, distribúyasela sobre toda ella, comenzando por el párpado inferior y teniendo cuidado de que penetre en todas sus anfractuosidades. Es preciso principiar por el párpado inferior, sin lo cual las lágrimas que se derraman profusamente cuando se aplica la papilla metálica al párpado superior destruirán la capa que se haya depositado despues en el párpado inferior. El dolor que determina esta aplicacion puede ser molesto al principio, pero desaparece luego con bastante rápidez. Habrá que repetir la operacion siempre que el enfermo note cierta incomodidad, procedente de algunas granulaciones que no hayan experimentado la accion de la sal. Vuélvase á verificar entonces la aplicacion del sub-acetato, sin tocar mas que las partes no recubiertas con el barniz protector. Buys ha extendido su método, no solo para reprimir las granulaciones, sino para curar las úlceras de la córnea, del panus y de las vascularizaciones exageradas de las conjuntivas.

Gouzée (6) y los traductores de Mackenzie (7) ha introducido unas

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 241.
(2) Hays, *The southern Journal of Medicine*, 1849.
(3) Clay Wallace, *Boston medical and surgical Journal*, 1849.
(4) Cunier, *Annales d'oculist.*, 1838, t. I, p. 204.
(5) Buys, *De l'emploi de l'acétate de plomb solide dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse*, Bruselas, 1849.
(6) Gouzée, *Archives belges de méd. milit.*, 1851, t. VII, p. 227.
(7) Warlomont y Testelin, *in* Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 552.

ligeras modificaciones en este procedimiento, que están reducidas á preparar sobre un pedazo de papel ó dentro de un salerito la papilla saturnina y aplicarla despues por medio de un pincelito segun el método de Buys. Esta modificacion tiene la ventaja de dar una mezcla mas perfecta y de no poner en contacto de la mucosa cristalitos sin disolver.

Se reprocha al acetato de plomo así extendido bajo la forma de barniz sólido sobre la superficie del ojo, que se adhiere con demasiada fuerza á la mucosa, que irrita la córnea y que no impide las recaidas. Warlomont y Testelin convienen en que da buenos resultados tratándose de casos de granulaciones no segregantes y de granulaciones crónicas no acompañadas de fotofobia ó de lagrimeo; pero en opuestas circunstancias, la sal va arrastrada por las lágrimas, y sus efectos son menos duraderos y menos positivos.

Escarificacion y excision de las superficies granuladas.—Algunos prácticos, no contentándose con los escaróticos, hacen sobre las partes llenas de granulaciones unas escarificaciones profundas mediante lancetas ó escarificadores pequeños, y despues cauterizan. Cuando las granulaciones sobresalen exageradamente suelen recortarlas con tijeritas curvas. Deval (1) alaba mucho este método, que otros oftalmólogos censuran, porque permite introducir los cáusticos en el espesor de la mucosa, cuando se aplican despues de escarificar, lo cual no deja de ofrecer algun peligro bajo el punto de vista de las cicatrices consecutivas.

Tratamiento de las formas subagudas y superagudas.—Todavía hay precision de recurrir á las cauterizaciones con nitrato de plata y al uso de colirios de sulfato de zinc y de cobre en la dósis de 20 á 30 centígramos por 30 gramos de agua. Cuando la enfermedad es francamente inflamatoria y purulenta, podemos permitirnos emplear evacuaciones sanguíneas, pero con cierto pulso y siempre desde el principio. Gouzée (2), cuya inmensa práctica da motivo para que sean aceptadas sus conclusiones, se expresa de este modo hablando de las sangrías.

«1.° Haciéndose cargo de la enfermedad en sus principios, basta una cauterizacion para determinar el aborto de ella, ó para impedir que se desarrolle, en cuyo caso son completamente inútiles las sangrías.

»2.° Son inútiles tambien cuando, llegando la oftalmía á un período mas avanzado, queda en los límites de la mucosa. Este caso se reconoce por la segregacion de un moco espeso mas ó menos abundante, y en particular por la ausencia de toda clase de dolor algo vivo y persistente.

»3.° No sucede lo mismo en los casos donde á un flujo abundan-

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 237.

(2) Gouzée, *Du degré d'utilité des évacuations sanguines dans le traitement de l'ophthalmie gonorrhéique* (*Annales d'oculistique*, 1853, t. XXX, p. 207).

te, mas bien seroso que puriforme, y á una tension considerable de las partes, se unen dolores y sufrimientos fuertes y contínuos hácia la profundidad del ojo, y en la cabeza, frente y párpado superior. Emisiones sanguíneas copiosas ó repetidas incesantemente, podrán coincidir en este nuevo caso con la cauterizacion y con los demás procedimientos enérgicos, capaces de detener y dominar á los accidentes mas graves.»

Los calomelanos y los purgantes salinos, administrados interiormente, y las unturas de belladona y mercurio alrededor del ojo, son los medios mas á propósito en los períodos agudos para establecer una derivacion saludable por parte del tubo digestivo y prevenir el prolapsus del íris en caso de que la córnea se ulcere.

Resumiendo, para las formas super-agudas: Emisiones sanguíneas locales y generales; cauterizaciones de la mucosa con nitrato de plata; calomelanos interiormente; unturas mercuriales con belladona, y dieta.

Para las formas crónicas: Cauterizaciones ligeras con nitrato de plata y verificadas en períodos muy distantes; aplicaciones de subacetato de plomo por el método de Buys; alternar las cauterizaciones y el uso del subacetato de plomo con colirios de tanino y de tintura de iodo; pomadas de precipitado rojo y de calomelanos para combatir todo género de complicaciones de blefaritis ciliar.

Confesemos, sin embargo, que son muy difíciles de desarraigar las granulaciones crónicas; que se necesita gran paciencia por parte del enfermo y por la del médico para obtener un resultado satisfactorio, y que sea cualquiera la inteligencia con que se apliquen los medios locales, siempre serán estos insuficientes cuando el enfermo no se halle colocado en buenas condiciones higiénicas.

Indicaciones higiénicas y profilácticas.—El Congreso oftalmológico de Bruselas (1) ha reasumido en veinte y nueve proposiciones todos los principios de higiene y de profilaxia aplicables á la oftalmía de los ejércitos. Y estos principios se hallan comprendidos implícitamente en el siguiente resúmen de Deval:

«El medio preservativo por excelencia consiste en alejar cuanto sea posible á los sugetos infestados de los individuos sanos.

»Si la enfermedad existe en un cuartel, hospital ó cárcel, será preciso disponer un local aparte para alojar á los granulosos.

»Cuando dentro del hogar doméstico, padezca un niño semejante enfermedad, deberá acostársele en cama separada, y siempre que no haya obstáculo invencible solo en una habitacion, procurando que las esponjas y toallas de su uso no se confundan con las demás.

»Determinándose las granulaciones en un colegial de cualquier establecimiento de enseñanza, lo mas conveniente será enviarlo á su familia hasta que consiga curarse por completo.

(1) *Congrès d'ophthalmologie de Bruxelles*, sesion de 1857, Paris, 1858, p. 474.

»Si el mal comienza á ejercer sus estragos en un ejército, habrá que crear depósitos especiales para esta clase de enfermedad.

»Impedir el regreso á sus cuerpos respectivos, hasta que por una larga observacion en las salas especiales, se tenga seguridad de su estado.

»Cuidarlos en departamentos separados, alejando á los convalecientes de los enfermos.

»Ejercer una vigilancia esquisita con las sábanas, ropas y objetos de cama.

»Blanquear y desinfectar los lugares donde residan oftálmicos; é impedir todo género de desaseo.

»Examinar frecuentemente los ojos de los soldados, y con especialidad despues que hayan sufrido el primer contagio.

»En este exámen conviene guardar grandes precauciones para no inocularse á sí mismo.»

ARTÍCULO VII.

CONJUNTIVITIS DIFTÉRICA.

§ I.—Definicion.

La conjuntivitis diftérica se caracteriza por producir en la superficie y en la profundidad de la conjuntiva unos depósitos plásticos que se extienden bajo la forma de falsas membranas mas ó menos adherentes, ó que se infiltran en el mismo tejido de la mucosa. Esta afeccion tiene además como propiedades etiológicas y patogénicas la de desarrollarse en virtud de las causas específicas que dan orígen á la difteritis, y la de determinar en el organismo un estado constitucional grave, cuyas alteraciones locales, ya tan perniciosas por sí mismas, adquieren influencias de la peor categoría.

§ II.—Historia.

Apenas se remonta á una época no muy lejana el conocimiento de la oftalmía diftérica, y ya su historia aparece llena de opiniones diferentes; lo cual depende de las variedades que presenta la afeccion y de que los autores no se han podido desprender. Es muy dudoso, por ejemplo, que la pretendida *conjuntivitis seudo-membranosa* de Chassaignac tenga cosa alguna que pueda considerarse como especial: ni los caractéres anatómicos de la falsa membrana, ni el estado de la mucosa descrito por él, dan una explicacion exacta de lo que se observa en las demás partes del cuerpo invadidas por la difteritis. Si hay difteritis en los casos que dicho autor consigna, habrá que referirla á la difteritis comun, herpética y señalada en la faringe.

Mackenzie no cree en la difteritis ocular, tal como la describió

Graefe. Para él está muy lejos de constituir una enfermedad aparte. Lo que forma es un síntoma comun á muchas variedades de conjuntivitis graves. Puede ser signo de una inflamacion muy intensa; pero de ningun modo indica la existencia de inflamaciones especiales.

El aserto del autor inglés nos parece exagerado. Si todos los hechos expuestos por Graefe no son casos de verdadera difteritis, algunos hay entre ellos, de quienes seria imposible negar su carácter específico: dos, por ejemplo, que no van acompañados de difteritis generalizada y que terminaron en crup. Los trabajos que podrán consultarse en este caso son los de Bouisson (1), Chassaignac (2), Gibert (3), Magne (4), Albert de Graefe (5), Wecker (6), Jacobson, de Kœnigsberg) (7), Mackenzie (8).

§ III.—Frecuencia.

La conjuntivitis diftérica es una de las formas mas raras de difteritis. Se presenta con mucha menos frecuencia que las localizaciones faríngea, laríngea y cutánea. Y esto es tan positivo que casi todos los oftalmólogos de Francia é Inglaterra guardan un silencio absoluto acerca de esta enfermedad. Sin embargo, de Graefe (9), cuya observacion se funda en el tratamiento de 4 á 5000 enfermos por año, dice que ha tenido en ciertas épocas seis ú ocho personas atacadas de este mal.

§ IV.—Causas.

Predisposiciones individuales.—Desde dos hasta ocho años es cuando los niños están mas predispuestos; pero tambien puede invadir á los adultos y á los niños en lactancia, aunque esto sea mucho mas raro. Las afecciones anteriores, la miseria y todas las causas que debilitan el organismo favorecen la invasion de esta enfermedad. De cada cuarenta niños invadidos por la conjuntivitis diftérica, ocho suelen llevar siempre signos incontestables de sífilis.

(1) Bouisson, *Montpellier médical*, 1859.—*Tribut à la chirurgie*, 1861, t. II.
(2) Chassaignac, *Sur la nature et le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveaunés* (*Ann. d'ocul.*, 1847, t. XVIII, p. 138, y *Traité de la suppuration*, t. II).
(3) Gibert, *Archives générales de méd.*, 1847, t. II, p. 225.
(4) Magne, *Comptes rendus de l'Academie des sciencies*, 1858, p. 1280.
(5) Albert de Graefe, *Deutsche Klinik*, 1853, n.° 35; *Ann. d'ocul.*, 1854, t. XXXI, página 237; *Archiv. für Opth.*, Band I, Abt. I, S. 168.
(6) Wecker, *De la conjonctivite purulente et de la diphthérite, au point de vue du diagnostic différentiel et de la thérapeutique*, tésis de Paris, 1861.
(7) Jacobson (de Kœnigsberg), *Archiv. für Ophth.*, t, Band. IV, Abth. 2.
(8) Mackenzie, *La conjonctivite diphthéritique n'est qu'un symptôme d'ophthalmie* (*Ann. d' ocul.*, 1858, t. XL, p. 30).
(9) De Graefe, *Observation d'ophthalmie diphthéritique* (*Ann. d'ocul.*, Bruselas, 1860, t. XLIV, p. 115).

La conjuntivitis á que nos referimos puede desarrollarse en el estado esporádico. Es muy notable la influencia epidémica; pero en la primavera y en el otoño es cuando se observa el mayor número de casos durante las epidemias de angina, las cuales se desarrollan frecuentemente con las epidemias de fiebre puerperal. En tiempos de epidemia son muy temibles, bajo el punto de vista de las complicaciones difteríticas, toda causa excitante del órgano de la vision, cualquier conjuntivitis catarral ó purulenta (1).

Unos niegan la propagacion por contagio y otros la afirman. Magne (2) refiere hechos donde solo fué atacado un ojo, sin perjuicio de hallarse el otro expuesto al contacto de líquidos segregados por la conjuntiva enferma, deduciendo de ello que la enfermedad no era contagiosa directamente. Esta opinion parece atrevida por lo menos; y si hemos aceptado el contagio de la angina seudo-membranosa debemos reconocer que hay que admitir lo mismo respecto de la conjuntivitis diftérica.

La produccion de falsas membranas puede quedar limitada al ojo. Tambien es notable que las irradiaciones morbosas sean menos comunes que en la angina, lo cual se explica por el aislamiento de la conjuntiva, mientras que la mucosa faríngea tiene comunicaciones mucho mas extensas, con la de las narices y la de las vias aéreas. No obstante, de Graefe ha visto sucumbir tres de sus cuarenta enfermos, consecuencia de la angina diftérica. El organismo se afecta siempre de una manera profunda. La fiebre es intensa y la pérdida de fuerzas bastante considerable para dar ocasion á enfermedades intercurrentes de gran trascendencia. Entre cinco casos de dicha afeccion, ha visto Gibert morir uno de difteritis y tres de enfermedades intercurrentes ¿Y qué otra cosa se observa en las anginas seudomembranosas? Todas estas manifestaciones locales no son efectivamente sino la expresion de un estado diatésico general, como se demuestra por las alteraciones de la sangre y por la reaparicion sobre diversos puntos del organismo, simultánea ó sucesivamente, de seudomembranas diftéricas.

Resumiendo, las causas predisponentes resultan de la menor edad, del empobrecimiento de la constitucion por miseria ó enfermedad, y en épocas de epidemia, de irritaciones accidentales del órgano de la vista. La causa específica, de naturaleza desconocida, puede trasmitirse por infeccion miasmática, y muy probablemente tambien por contagio directo, á pesar de todos los hechos que parecen probar lo contrario.

(1) Wecker, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 82.
(2) Magne, *Du croup des paupières* (*Union médicale*, 1858, p. 398).

§ V.—Síntomas.

Casi todos los autores que han escrito sobre oftalmía diftérica admiten los tres períodos de Alb. de Graefe, caracterizados: el primero por *exudacion*; el segundo, por *reaccion local* y *purulenta*, y el tercero por *cicatrizacion*.

En el primer grado, los síntomas anatómicos consisten en la inflamacion de los párpados, manifestada sobre ambos velos á un tiempo. Al principio quedan libres la piel y el tejido celular subcutáneo, siendo solo la conjuntiva asiento de la inflamacion. Esta es extensa y dura, pero sin vascularizácion muy pronunciada. Solo se notan en ella algunos vasos formando anchas mallas, que terminan en los bordes de la córnea. Y en medio de los cruzamientos, el tejido de la conjuntiva aparece liso y brillante con un color amarillento, marmóreo por algunos sitios. Estos jaspeados de color oscuro dependen de ciertas extravasaciones sanguíneas en el espesor de la mucosa.

El quemosis consiste en una induracion grasienta ó gelatinosa. Si practicamos algunas incisiones en la mucosa, la encontraremos gruesa, dura y seca, sin derramar por los bordes de la herida sangre ni serosidad. El tejido celular sub-conjuntival sufre iguales alteraciones resultantes de una exudacion fibrinosa entre las mallas del tejido conectivo. Este estado difiere mucho de el de la mucosa en los primeros períodos de la conjuntivitis purulenta. No encontramos efectivamente, ni la hiperemia papilar, ni el quemosis seroso é inflamatorio, ni la blandura esponjosa de la conjuntiva, sino una sequedad del dermis de la conjuntiva y un aspecto graso completamente especial. Esta infiltracion fibrinosa da por resultado impedir la circulacion estrangulando los vasos y ocasionar en el movimiento de los párpados una *tirantez característica*. Casi es imposible que el enfermo levante el párpado superior; y hasta el médico halla grandes dificultades para examinar el saco conjuntival. Experimentan los enfermos un dolor tan agudo durante las manipulaciones del médico y sus tentativas para elevar ó revolver los párpados, que de Graefe se ha visto precisado muchas veces á administrarles el cloroformo. La exudacion fibrinosa tiene lugar generalmente en el espesor de la mucosa; pero tambien suele producirse en la superficie. Entonces las seudo-membranas adquieren gran adherencia, quedando en íntima conexion con la espansion intersticial, y es por lo tanto muy difícil quitar los colgajos muy extensos.

En algunos casos suele invadirse el borde de los párpados por la exudacion diftérica. Hay placas seudo-membranosas que destacan por su aspecto agrisado y por su elevacion sobre las partes próximas.

Los *síntomas fisiológicos* consisten en un dolor muy agudo, en el aumento de la temperatura local, y en la segregacion de un líquido

icoroso, de color gris sucio, compuesto de lágrimas y de suero de la sangre que lleva disuelta la materia colorante de los glóbulos sanguíneos, y en suspension madejitas de fibrina coagulada. En este período no abunda mucho la secrecion. Resumiendo, tirantez de los párpados, aumento de volúmen de la conjuntiva y del tejido celular submucoso; aspecto liso y grasiento de la superficie mucosa, color amarillento sin vascularizacion, infiltracion de la fibrina en el tejido conectivo, depósito de falsas membranas adherentes, dolores agudísimos, secreciones poco abundantes y flujo de un líquido serosanguinolento. Tales son los síntomas del primer período que dura de seis á diez dias.

Síntomas anatómicos y fisiológicos del segundo período.—Desaparece la tirantez de los párpados, y la conjuntiva se vuelve roja, intumesciéndose y tomando un aspecto de esponja. Todavía quedan trozos seudo-membranosos; pero la mucosa se cubre toda alrededor de vasos abundantes, voluminosos y que suelen ponerse al descubierto mediante la descamacion epitélica y la eliminacion de los restos de la conjuntiva. Tampoco es raro que sobrevengan en este período hemorragias muy abundantes. Al mismo tiempo, la secrecion cambia de naturaleza. De seroso-sanguinolenta se convierte en francamente purulenta, y desde entonces los síntomas vienen á ser idénticos á los de la conjuntivitis blenorrágica. Ahora bien, eliminacion de las falsas membranas, turgencia hiperémica de la mucosa, disminucion de la tirantez palpebral y secrecion purulenta; tales son los caractéres del segundo período.

El *tercer período*, ó período de reparacion, consiste en el acto de formarse un tejido de cicatrices, y por consecuencia de ello retraerse el párpado y volver hácia dentro el reborde palpebral.

Mientras que tienen lugar estos fenómenos por el lado de la conjuntiva, otras alteraciones no menos graves ocurren en la córnea; se enturbia y pierde el pulimento de su superficie. En seguida aparecen ulceraciones mas ó menos profundas; su fondo es agrisado y sin trasparencia cuando no se han eliminado las partes necrosadas. Una vez que ya ha desaparecido el detritus que las cubre, vuelve á presentarse el brillo de la córnea, pudiendo inducir á error, sobre el estado de la afeccion; es decir, que se puede considerar la córnea, como si estuviera casi intacta puesto que no hay mas que unas laminillas lanzadas hácia adelante por el humor acuoso, impidiendo que sea completa la perforacion. Wecker (1) insiste acerca de un carácter de dichas perforaciones; segun él, la abertura fistulosa se cerraria perfectamente con el intermedio de tapones fibrinosos. Lo que no evita que la fístula se reproduzca y que tenga lugar muchas veces la destruccion del ojo.

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 79.

§ VI.—Curso y duracion.

El *curso* de esta afeccion es muy rápido. Cuanto mas extensa y profunda es la infiltracion, mas pronto desaparecen las infiltraciones de la córnea, y mas largos son los períodos de eliminacion y de supuracion. No es siempre la marcha completamente regular, y en la conjuntiva, como en la faringe, suele acontecer que despues de reabsorbida ó eliminada una primera exudacion, venga un segundo, y tal vez un tercer producto seudo-membranoso. De lo cual resulta una *duracion* mayor ó menor de la enfermedad que conduce constantemente á pérdidas de sustancia considerables, y á deformidades consecutivas que comprometen la vista.

§ VII.—Variedades.

Hay por lo menos dos variedades de oftalmía seudo-membranosas: la descrita por Chassaignac y que no pertenece á la difteritis, y la que acabamos de describir, y que evidentemente es diftérica. Entre ambas enfermedades no faltan distinciones importantes que establecer. La congestion de la mucosa, el quemosis seroso primero y flemoso despues, el desarrollo de las papilas y una secrecion purulenta que coincide con el depósito sobre la mucosa de restos seudo-membranosos elásticos, constituidos por una mezcla de pus, moco y fibrina, sin adherencia al tejido rojo y entumescido sobre que descansan, son caractéres que separan de tal modo esta afeccion de la que acabamos de describir, que no hay necesidad de que insistamos mas sobre este punto.

§ VIII.—Diagnóstico y pronóstico.

Es imposible confundir la oftalmía diftérica con la conjuntivitis catarral ó flictenosa. Aquella no tiene relaciones sintomáticas mas que con las oftalmías purulentas, á cuyo segundo período se aproxima tanto que es muy difícil su distincion. De Testelin y Warlomont tomamos el siguiente cuadro, que resume con toda claridad las diferencias que existen entre la oftalmía diftérica y la oftalmía gonorréica.

Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis diftérica y de la oftalmía gonorréica.

OFTALMÍA DIFTÉRICA.	OFTALMÍA GONORRÉICA.
1.° Existencia de una falsa membrana con gran tendencia á arrollarse, y tan íntimamente unida á la superficie de la conjuntiva, que es muy difícil desprenderla.	1.° Existencia algunas veces de seudo-membranas que parecen no ser mas que moco coagulado, mas blandas, sin elasticidad, ni friabilidad, y que dan á la conjuntiva, con quien solo tienen una pequeña adherencia, un aspecto liso enteramente.
2.° En el microscopio presenta una masa amorfa, mas ó ménos granulada y que ofrece por todas partes estrías irregulares. Por la superficie y por los bordes manifiesta tambien células, cuya cantidad aumenta cada vez mas.	2.° Membranas fibrosas y moco-pus, bajo toda clase de formas.
3.° Tejido de la mucosa duro, resistente, y penetrado por un exudado sólido.	3.° Mucosa blanda, vascular é infiltrada de una exudacion líquida.
4.° Párpado extendido, sin poderse mover; dolor excesivo del enfermo cuando tratamos de volverlo.	4.° Párpado blando, hinchado, y que puede volverse con facilidad.
5.° Superficie de la mucosa con el aspecto de una membrana unida, donde se halla interrumpida la circulacion.	5.° Red vascular superficial, desarrollada hasta el punto de producir una multitud de granulacioncitas rojas, ó de pequeñas escrecencias de forma variable, prominentes ó papilares, que dan á la mucosa apariencias de piel de zapa.
6.° En el principio de la afeccion, se presentan algunos grandes vasos muy dilatados, y alrededor de ellos derrames sanguíneos pequeños, pero muy numerosos, ni se extienden ni se reunen nunca, como se ve con frecuencia en los equimosis de la conjuntiva; comunican á la mucosa un aspecto manchado.	6.° Vasos dilatados, alargados y que dan lugar generalmente á un flujo de sangre abundante, seguido de la caida de la mucosa al menor roce.
7.° Mucosa poco vascular, y con muy poca sangre útil para la circulacion.	7.° Mucosa extraordinariamente vascular, efectuándose la circulacion con entera libertad.
8.° Producto de secrecion consistente en un líquido, de color gris sucio, semitrasparente, y en el cual sobrenadan copos amarillentos; putrefaccion bastante rápida.	8.° Pus bastante homogéneo, de color amarillo puro, y que no entra en putrefaccion rápidamente.
9.° Aumento muy pronunciado de calor.	9.° Aumento poco pronunciado de calor.
10. Dolor agudísimo; mucosa muy sensible al menor contacto.	10. Dolor bastante soportable, á veces nulo, y que desaparece cuando ya ha hecho progreso la supuracion.
11. Tumefaccion considerable del tejido conjuntival, fácil de demostrar incindiendo dicho tejido.	11. Sin tumefaccion alguna del tejido conjuntival, el que solo se halla levantado por consecuencia de una exudacion líquida que hay debajo del epitelio

12. Tumefaccion dura y rígida del párpado superior, que se desarrolla fácilmente y que principia por la desaparicion de sus pliegues, matiz ligeramente rojiza de la piel, el cual parte del borde palpebral.	12. Tumefaccion menos dura y menos rígida, aunque muy considerable.

Pronóstico.—Siempre es grave, no solo bajo el punto de vista de la posibilidad de que se destruyan los ojos, sino porque pueda ocurrir el fallecimiento del enfermo. Las complicaciones con la laringe y con los pulmones son las que generalmente determinan la muerte. Será temible la exudacion plástica, y cuando se haya interrumpido la circulacion hasta el punto de no bastar para nutrir la córnea. Durante el período de la purulencia, deberán llamar la atencion, como mas inmediatamente peligrosas las ulceraciones y los reblandecimientos de la córnea. Los riesgos propios del período de cicatrizacion resultan de la contraccion del fondo del saco conjuntival y de las adherencias de los párpados entre sí (*alquiloblefaron*) y con el globo del ojo (*simblefaron*).

§ IX.—Tratamiento.

Varía segun los períodos. En el primero, difiere esencialmente de el de las conjuntivitis purulentas; en los otros dos, casi viene á ser el mismo. De Graefe (1) fué quien inició las medicaciones y contramedicaciones del primer grado. Por consecuencia del éxtasis sanguíneo, y de la obliteracion de los vasos de la conjuntiva, *proscribió de una manera absoluta el uso de cauterizaciones enérgicas*, cuyos efectos no harian otra cosa que aumentar el embarazo de la circulacion. Pero recomienda tres medios principales: evacuaciones sanguíneas, fomentaciones frias y los mercuriales.

1.° *Evacuaciones sanguíneas.*—Raro es que haya precision de recurrir á las sangrías generales. Todo lo mas podrian practicarse en adultos fuertes y vigorosos; pero no deberá abusarse de ellas, tanto respecto de la conjuntivitis diuteritis, como de la angina membranosa. Las evacuaciones sanguíneas serán por consiguiente exclusivamente locales. Y habrá que recurrir á las sanguijuelas, pues que visto el estado de la conjuntiva, las incisiones no tendrán resultado alguno ventajoso, y las escarificaciones no determinan flujos sanguíneos. Las sanguijuelas se aplican en número de diez ó doce á raíz de las narices, hácia el ángulo interno del ojo, y se procura que continúe el flujo mientras lo permitan las fuerzas del enfermo. No habrá inconveniente en repetir la aplicacion de sanguijuelas; porque Graefe ha llegado á colocar en el espacio de siete dias hasta ciento sesenta. Escusado será decir que los niños caquécticos y anémicos no pueden

(1) A. de Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*. Berlin, 1854, Band 1.

soportar pérdidas de sangre tan considerables, y que tratándose de ellos convendrá guardar la mayor moderacion en el uso de este medio ó desecharlo por completo.

2.° Las *fomentaciones* frias tienen por objeto combatir el dolor y hacer que descienda la temperatura local. Deben renovarse con frecuencia, noche y dia, mientras la enfermedad siga haciendo progresos ó quede estacionaria. Además de la ventaja que ofrecen de quitar el exceso de calórico y de disminuir el dolor, sirven mucho tambien para mantener la limpieza de los ojos. Algunos aconsejan inyectar glicerina (1) y leche entre los párpados para ablandar las falsas membranas é impedir que se peguen las pestañas.

3.° Entre todos los medicamentos internos, los mercuriales son los que han producido mejores resultados. De Graefe usa de ellos con la mayor energía. Administra á los adultos, cada dos horas, durante dia y noche, 5 centígramos de calomelanos, y á los niños 1 ó 2 centígramos. Al mismo tiempo manda friccionar las diferentes partes del cuerpo con ungüento mercurial simple ó belladonado. Se aplica alrededor de los ojos ungüento mercurial con belladona á fin de producir la dilatacion de la pupila y evitar el prolapsus del íris, si llega á perforarse la córnea. La salivacion de los adultos y el reblandecimiento de las falsas membranas en los niños, indican el momento en que debe cesar el uso de los mercuriales. Cuando la constitucion se halle deteriorada, ó se produzcan hemorragias temibles, deberá usarse el hierro interiormente. Emile Martin (2) ha obtenido muy buenos resultados con el percloruro de hierro en la fórmula siguiente:

Percloruro de hierro..	10 á 50 gotas.	Agua de menta............	15 gram.
Extracto de belladona.	5 centígr.	Agua de tila.............	45 gram.
Jarabe simple......	30 gram.		

Mézclese, para tomar á cucharadas durante el dia.

Tratamiento del segundo periodo.—Cuando las falsas membranas empiezan á ablandarse y la mucosa se llena de vasos, llegando á ser edematosa, ya es preciso recurrir al cáustico. Conviene, sin embargo, aplicarlo con mucha prudencia, de una manera bastante superficial al principio, y sobre los puntos donde se halle la conjuntiva muy hiperemiada. Para hacer la segunda cauterizacion será preciso esperar al momento en que se desprenda la escara fácilmente, y en que debajo de ella aparezca la mucosa fuertemente congestionada. Con objeto de favorecer la eliminacion de las falsas membranas y activar la circulacion, Wecker (3) sustituye el uso del agua caliente

(1) Emile Martin, *Traité médical pratique de maladies des yeux*. Paris, 1873, página 180.
(2) Emile Martin, *loc. cit.*, p. 181.
(3) Wecker, *De l'emploi de l'eau chaude en compresses dans le traitement des maladies des yeux* (*Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 258).

á el agua fria, aplicando sobre los ojos compresas muy dobles empapadas en agua á 40 ó 45 grados.

Si se presentara en estas circunstancias un quimosis inflamatorio, desde luego convendria efectuar la escarificacion.

Tratamiento del tercer período.—La tirantez é hipertrofia de los párpados se combate con medios locales, cauterizando la superficie cutánea con el nitrato de plata y barnizándola con tintura de iodo. Tambien son muy á propósito para disminuir la sequedad de la conjuntiva unas inyecciones de leche y de glicerina. En cuanto á las demás complicaciones, no reclaman indicacion alguna que sea especial de la conjuntivitis difterítica.

Régimen.—Durante los dos primeros períodos de la afeccion, el enfermo deberá sujetarse á una dieta severa, no permitiéndosele mas que caldos y sopas ligeras. Pero la precaucion que nunca ha de olvidarse, es la de cerrar el ojo sano con tiras de aglutinante ó de colodion, para preservarlo de los líquidos irritantes que fluyen por el ojo enfermo.

ARTÍCULO VIII.

DIVERSAS AFECCIONES DE LA CONJUNTIVA, COMO CONSECUENCIA DE CONJUNTIVITIS SIMPLES Y PURULENTAS, Ó DESARROLLADAS ESPONTÁNEAMENTE.

Como resultado de las diferentes variedades de conjuntivitis descritas en los anteriores artículos, no es raro observar algunos cambios de textura, y por consiguiente, ciertas alteraciones funcionales de la conjuntiva. En esta membrana se produce lo que encontramos en todos los tejidos de la economía bajo el flujo de repetidas congestiones é inflamaciones, á saber: *hipertrofias, atrofias y desorganizaciones.* La hipertrofia es general ó parcial. Esta última variedad, descrita por Desmarres, y que se observa principalmente alrededor de la córnea, resulta de los quemosis serosos é inflamatorios tan frecuentes en las oftalmías algo violentas. La hipertrofia no desaparece mas que á la larga, bajo la accion de pomadas y de colirios resolutivos y emolientes; pero lo mas comun es que persista de una manera indefinida. La *relajacion* de la conjuntiva es consecuencia de la hipertrofia de dicha membrana, que cesa de aplicarse íntimamente á la superficie del globo y forma pliegues muy incómodos para el movimiento de los párpados. Los colirios y pomadas astringentes no bastan por lo general para curar dicha deformidad. Cuando esta es demasiado grande puede producir un resultado satisfactorio, la incision sola del rodete. La *atrofia* de la conjuntiva tiene mayor importancia que los precedentes estados, y exije muy corta descripcion. Distínguesela con el nombre de *xeroftalmía.*

1.° XEROFTALMÍA.

§ I.—Definicion, sinonimia é historia.

Es una afeccion caracterizada por la sequedad, opacidad y atrofia de la conjuntiva. Esta ofrece un reflejo particular análogo al del raso; es *escamosa* é *insensible al tacto*, y afecta un estado muy parecido al de las mucosas vaginal y prepucial, expuestas durante mucho tiempo al contacto del aire. La xeroftalmía ha recibido los nombres de *xerosis xeroma*, *cutisacion*, *epidermificacion* de la conjuntiva, etc.

Ha dado lugar á trabajos diferentes, en los que deben citarse los de Schmdt (1), de Von Ammon (2), de Duprez (3) y todos los Tratados especiales de oftalmologia.

§ II.—Causas y variedades.

Se han invocado dos órdenes de causas como susceptibles de producir la xeroftalmía; 1.°, falta de secrecion de lágrimas: por consecuencia de alteraciones de la glándula lagrimal; 2.°, alteracion de las glándulas mucíparas de la conjuntiva. Y de ello resultan para algunos autores dos variedades de xeroftalmía; la *xeraltalmia lagrimal* y *la xeroftalmia conjuntival*. La primera variedad es muy discutible, porque la conjuntiva no deja de hallarse barnizada y perfectamente húmeda, aun cuando la glándula lagrimal esté separada, ó desorganizada por un producto de mala naturaleza. En cuanto á la xeroma conjuntival, que tiene una existencia indiscutible, debe atribuirse á la inflamacion crónica de la conjuntiva, y con especialidad á las inflamaciones crónicas granulosas. Rognetta (4) y Vidal (de Cassis) atribuyen esta entermedad á una alteracion sencilla de la inervacion, análoga á la que produce la sequedad de la lengua en un acceso de cólera, ó la supresion de la orina durante un ataque de histerismo. Pero es evidente, si se toman en cuenta tan profundas alteraciones de la mucosa, que haya mas de una perturbacion funcional del quinto par. Duprez la achaca á los frotamientos de la conjuntiva, y á la obliteracion de los conductos glandulares, y hay mas aun; no solo se hallan obliterados los conductos, sino que las mismas glándulas están atrofiadas y reducidas á elementos celulosos incapaces de todo género de secrecion.

(1) Schmidt, *Ueber die Krankh. des Thranen organs*.
(2) Von Ammon, *Zeitschrift für die ophthalmologie*, 1832, vol. II, p. 48.
(3) Duprez, *Xérosis de la conjonctive*, tésis de Paris, 1836, n.° 21.
(4) Rognetta, *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1844, p. 362.



§ III.—Síntomas, y anatomía patológica.

En el principio la conjuntiva se presenta de color rojo oscuro, gruesa y arrugada, y mas tarde adquiere color blanquecino, pierde su pulimento y viene á ser como apergaminada. Estos diferentes estados indican que la circulacion se ha suspendido; además, las escarificaciones de la conjuntiva no dejan fluir sino una corta cantidad de sangre. La córnea se halla empañada y nebulosa; la carúncula lagrimal aparece seca, aplastada ó hipertrofiada; los puntos lagrimales están desviados y obliterados, y los conductos secretores de la glándula lagrimal mas ó menos obstruidos. La conjuntiva, hipertrofiada y relajada primero, se contrae en seguida. Los fondos de los pliegues palpebrales desaparecen; la abertura de los párpados disminuye; toda especie de secrecion en la superficie del globo se agota, y los párpados se mueven con dificultad. Hay tambien dolor en el contorno de la órbita; pero se modifica de tal modo la textura de la conjuntiva que los nervios participan de la atrofia glandular, y que pueden llegar á aplicarse sobre la superficie del ojo sustancias irritantes, como vapores amoniacales y zumo de cebolla, sin determinar dolor alguno.

§ IV.—Curso, pronóstico y tratamiento.

La xeroftalmía tiene una marcha progresiva. Su pronóstico es grave, y en cuanto á su definitiva curacion, jamás ha podido observarse. Se debe desechar todo tratamiento doloroso. La *escision de la mucosa* intentada por Sanson (1), la inoculacion de pus blenorrágico ensayada por Van Roosbroeck, no pueden producir otra cosa que accidentes sin utilidad para los enfermos. En definitiva, solo se emplean para aliviar al enfermo, disminuyendo la sensacion de sequedad que experimenta, simples lociones con cuerpos grasos, leche, aceite comun y glicerina.

Siendo decididamente de competencia de la cirujía las demás afecciones de la conjuntiva, como *pterigion*, *pingnécula*, *pólipos*, *tumores dermóideos*, etc., prescindiremos ahora de ellas, del mismo modo que de las hemorragias y del enfisema, que pueden considerarse siempre como síntomas de otra enfermedad. La sífilis primitiva y secundaria, el chancro y las erupciones secundarias exantemáticas y tuberculosas tambien han sido indicadas por algunos autores, pero de una manera tan rara que su historia no merece capítulo aparte.

Las enfermedades de la carúncula lagrimal y del repliegue del semilunar, designadas con el nombre de *encanthis*, son de muy es-

(1) Carron du Villards, *loc. cit.*, t. II, p. 115.

casa importancia, y no pueden por lo tanto tratarse sino en obras especiales. Por lo demás, el encantis inflamatorio, fácil de conocer en su situacion, nunca es completamente grave, ni reclama al principio mas tratamiento que el antiflogístico ni despues mas que la abertura, cuando ha comenzado la supuracion.

CAPÍTULO V.

Enfermedades de la esclerótica.

La esclerótica es una membrana, fibrosa por excelencia, en cuya composicion entran muy pocos vasos y nervios, de movimientos vitales bastante débiles, y con reacciones morbosas casi nulas. Es muy dudoso que dicha membrana pueda enfermar primitivamente. Es verdad que la escuela de Beer ensayó localizar en dicha membrana las oftalmías llamadas *reumáticas*. Pero esto es una oposicion nacida de la analogía, antes que de una observacion exacta. La que se considera como oftalmía reumática tiene lesiones y síntomas propios mas bien de la irido-coroiditis que de una inflamacion de la esclerótica. La *esclerotitis escrofulosa de Mackenzie* es una enfermedad muy compleja, y en la cual se hallan extraordinariamente interesadas la córnea, la conjuntiva y las membranas profundas. La *oftalmía catarral reumática* tiene aun mayor importancia por la inflamacion de la conjuntiva que por la ligera complicacion inflamatoria del tejido epiesclerótico. Todo lo que han descrito últimamente los autores bajo la denominacion de *esclero-coroiditis anterior* y *esclero-coroiditis posterior*, no es otra cosa que el resultado de las alteraciones de la coróides; porque sean cualesquiera las modificaciones de configuracion y de textura que la esclerótica puede experimentar, nunca llegan á tener sino un valor secundario. No hay certeza respecto de que la enfermedad llamada por Amon *esclerotitis sub-conjuntival*, por Sichel (1) *inflamacion parcial de la coróides y del tejido celular subconjuntivo;* y por Wecker (2) *episcleritis*, sea una afeccion primitiva. Además su historia se resume en pocas palabras: etiología indeterminada, y síntomas reducidos á la presencia de un tumorcito situado á 3 ó 4 milímetros de la córnea, y generalmente hácia la parte exterior. Constituida al principio por una manchita rojiza, gana poco á poco en altura y en extension, tomando la forma de un botoncito del tamaño de una lenteja, se halla surcado por vasos diferentes; rara vez termina supurando, y todavía menos perforando la esclerótica; apenas ocasiona incomodidad y en nada altera la vista cuando la córnea no participa de la inflamacion. Este tumorcito inflamatorio se re-

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 58.
(2) Wecker, *loc. cit.*, p. 241.

suelve con lentitud, y siempre que no haya producido adherencia de la coróides, concluye sin dejar la menor huella. El tratamiento consiste en aplicaciones emolientes. No es posible se confunda con la conjuntivitis pustulosa. (Véase esta afeccion, p. 892.)

Las consideraciones precedentes aconsejan que prescindamos de escribir un capítulo especial acerca de la inflamacion de la esclerótica. Y no porque la vascularizacion anormal que presenta, y el reblandecimiento y adelgazamiento de su tejido dejen de ser el resultado de un trabajo inflamatorio, sino porque solo es consecuencia de afecciones propias de otras membranas.

Por lo demás, ya tendremos ocasion de explicarnos respecto de las deformaciones de la esclerótica, que concurren á impedir el acto visual, cuando tratemos de las enfermedades de la coróides.

CAPÍTULO VI.

Enfermedades de la córnea.

Aun siendo la córnea una dependencia de la esclerótica con quien guarda íntimas conexiones, se distingue de ella por caractéres anatómicos y funcionales demasiado importantes para dar á sus enfermedades una gravedad y una frecuencia de que carecen las de la esclerótica. Las tres partes que la constituyen, el epitelio de la cara anterior, la membrana de Descemet de la cara posterior, y su tejido propio compuesto de una sustancia homogénea y de corpúsculos de la córnea, son tan impresionables, que las menores alteraciones experimentadas por ellas perturban en seguida el cristal del ojo. No queremos decir con esto, sin embargo, que las enfermedades de la córnea sean generalmente primitivas. Por el contrario, casi siempre son consecuencia de inflamaciones de la conjuntiva por la cara anterior y de derivaciones de la inflamacion de las membranas profundas por la posterior. En este capítulo estudiaremos sucesivamente: las *queratitis; las alteraciones que de ellas proceden*, es decir, los *abscesos*, las *úlceras*, las *manchas*, los *reblandecimientos*, los *estafilomas*, y en fin, el *tratamiento de las queratitis y de sus complicaciones*.

ARTÍCULO ÚNICO.

QUERATITIS.

La córnea no tiene vasos, ni aun rudimentos vasculares; y para los patólogos que crean que es imposible todo género de inflamacion allí donde no existan elementos vasculares, la palabra queratitis habrá de borrarse del cuadro patológico. Así sucedería por lo menos,

segun la opinion de Broca (1); pero las nuevas ideas admitidas acerca de la inflamacion nos permiten ahora aceptar un proceso inflamatorio en los elementos de la córnea sin intervencion alguna de los vasos. Este proceso tiene lugar en las células que se engendran y se multiplican, llenándose de elementos granulosos y grasientos, y trasformándose en glóbulos de pus. Y despues, la irritacion local produce con toda rapidez un hacecillo vascular que comunica con el de las partes inmediatas.

§ I.—Frecuencia.

Cuando se considera que casi todas las afecciones de los ojos vienen á parar en la córnea, y que es imposible que pasen desapercibidas para el enfermo las menores alteraciones de dicha membrana, desde luego se comprende cuán frecuente debe ser la queratitis. De 1942 enfermos de la vista alojados en la enfermería de Saunders, observo este 659 padecimientos de la córnea; y de 250 enfermos de igual órgano durante dos años, en el hospital de la Piedad, Velpeau asistió 125 afecciones de la córnea, es decir, la mitad (2).

§ II.—Division.

Wardrop fué el primero que dividió la queratitis, bajo el punto de vista anatómico, en tres variedades: *superficial*, *profunda é intersticial*, y esta division ha venido luego á admitirse por casi todos los oftalmólogos.

Las tres variedades referidas se subdividen á su vez en *queratitis agudas* y *queratitis crónicas*.

§ III.—Causas.

1.° *Causas predisponentes.*—La queratitis se observa con mas frecuencia en la infancia y juventud que en los demás períodos de la vida. La debilidad de constitucion, primitiva ó adquirida, es una causa predisponente tan segura, que no recuerda Tyrrell haber hallado jamás un caso de corneitis pura entre sugetos dotados de buena constitucion (3). De todas las diátesis, la escrofulosa es la mas susceptible de invadir la córnea durante la infancia mientras que la artrítica

(1) Broca, *Mémoire sur la cataracte capsulaire, avec quelques réflexions sur les affections désignées sous les noms de capsulite et de kératite (Bulletins de la Société anatomique*, 1853, p. 423).
(2) Velpeau, *Manuel pratique des maladies des yeux*. Paris, 1840, p. 186.
(3) Tryrrell, *Treatise on the diseases of the Eye*, 1841, p. 347.

y la gotosa, en tanto que llegue á demostrarse su influencia solo invadirá la córnea de los ancianos y de aquellas personas que hayan padecido de gota (1). La sífilis hereditaria, aunque mas propia de las membranas profundas, no dejaría de tener gran influjo, segun Hutchinson (2), en el desarrollo de una queratitis intersticial que observó especialmente en unas niñas de edad de diez á quince años.

Las fiebres contínuas graves, verdaderas diátesis agudas, la fiebre tifoidea, el tífus, la fiebre con recargo suele determinar muchas veces ataques de queratitis, ya por introducir modificaciones profundas en la nutricion de los ojos, ya, como pretende Trousseau (3), por dejar expuestas permanentemente la córnea á los accidentes atmósfericos, en virtud á la constante abertura ó inmobilidad de los párpados durante el período comatoso de las fiebres contínuas tíficas.

La convalecencia de las enfermedades largas coloca á los pacientes casi en idénticas condiciones que la inanicion, y por ello mismo llega á ser otra causa predisponente de queratitis. Esta variedad se ha descrito con el nombre de *queratitis post-febril*.

Las fiebres eruptivas á su vez son tambien causas predisponentes y ocasionales. La queratitis se presenta con mas frecuencia en el sarampion que en la escarlatina, pero es mas grave y mas comun en la viruela que en el sarampion. La queratitis variolosa se produce durante la evolucion de la pústula y tambien durante la convalecencia. En este último caso, se desarrolla al mismo tiempo que los abscesos subcutáneas, cuya significacion patológica es idéntica. Dumont, médico de los *Quinze-Vingts*, afirmaba que en 1856 la viruela no era causa de ceguera sino para las siete centésimas partes de los ciegos (5), mientras que antes del descubrimiento de la vacuna, la viruela determinaba 35 casos de ceguera por cada 100.

Causas ocasionales.—Entre todas las causas ocasionales, susceptibles de producir queratitis, no hay otras mas activas que aquellas que tienen orígen en la inflamacion de la conjuntiva y en las deformidades de los párpados por consecuencia de oftalmías purulentas. Las numerosas y tenaces granulaciones de que ya hemos hablado al tratar de la conjuntivitis granulosa endemo-epidémica, nunca tienen larga duracion sin alterar la córnea. La triquiasis (desviacion de las pestañas), el entropion y el ectropion son causas ocasionales y permanentes de queratitis; y la mayor parte de ellas actúan como cuerpos extraños y agentes vulnerantes. Queda por indicar la última

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 855.

(2) Hutchinson, *Différentes formes d'inflammation de l'œil, consecutives à la syphilis héréditaire* (*Annales d'oculist.*, 1860, t. XLIV, p. 34, et *Ophthalmie hospital Reports and Journ. of the Royal London ophthalmie Hospital*).

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª edicion, t. I, artículo DOTHIÉNENTÉRIE.

(4) Dumont, *Recherches statisitique sur les causes et les effets de la cécité*, 1856.

causa de queratitis, ó sea la pérdida de funciones del trigémino á consecuencia de una progresion que actúe sobre los filetes nerviosos que se distribuyen en los órganos secretores de los párpados y que presiden la nutricion de la córnea.

§ IV.—Síntomas.

Los síntomas comunes á todas las variedades de queratitis son una vascularizacion anormal, nebulosidades, reblandecimientos, abscesos, úlceras, dolores intra-oculares y circunorbitarios, fotofobia y alteraciones mas ó menos extensas de la vision; síntomas que conviene estudiar en todas las variedades de queratitis.

1.° **Queratitis superficial.**—*Síntomas objetivos.*—Ya sea general ó parcial, la queratitis superficial está caracterizada por una vascularizacion anormal y por el aspecto turbio de la córnea. Los vasitos sanguíneos que la surcan parten de la circunferencia y se extienden por toda la superficie de la córnea, ó se detienen en las partes próximas á dicha circunferencia. En este último caso, su conjunto tiene la forma de una placa seminular ó triangular, cuya base se halla contigua á la conjuntiva. Estos vasitos, que están muy ramificados, se dirigen en forma de radios hácia el centro de la córnea. El aspecto brillante de la sustancia córnea ha desaparecido para dar lugar á un ligero color blanquecino análogo al que se ha producido cuando echamos el aliento sobre un espejo. Segun unos, dicho color depende de un derrame de linfa plástica por debajo de la capa epitélica, y segun otros, resulta de una proliferacion de las células epitélicas y de las células plasmáticas que están mas profundas. En las queratitis superficiales crónicas, los vasos vienen á ser mas abundantes y mas gruesa la capa epitélica; de lo cual resulta cierto matiz agrisado que comunica á la córnea el aspecto sucio que ha dado orígen al nombre de *pannus crassus*. Dicho color gris sufre modificaciones que se hallan en relacion con el número de los vasos, siendo unas veces bastante débil para permitir que se vea distintamente la abertura pupilar, y no presentándose otras sino de una manera muy confusa. Cuando la enfermedad tiene alguna intensidad, desaparecen las células epitélicas en muchos puntos, y de ello viene ese aspecto de *panal* fácil de percibir con el alumbrado oblícuo.

En algunos parajes circunscritos, la lámina epitélica se levanta bajo la forma de vesícula ó de pústula. Entonces, y como ya hemos dicho al hablar de la CONJUNTIVITIS FLICTENOSA, las referidas vesículas aparecen, ya en el borde de la córnea ó ya acumuladas hácia el centro del cristalino por el hacecillo vascular que las arrastra, dejando á su paso una faja lechosa é indeleble generalmente. A. Bérard describia esta variedad de queratitis con el nombre de *queratitis ahu-*

sada (1). De Graefe (2), Weber (3), y Bowman antes que ellos, indicaron cierta forma de queratitis superficial y parcial caracterizada por una ó varias vesículas trasparentes que se han comparado con las del zona. Estas vesículas desaparecen generalmente con gran facilidad, y sin dejar huella alguna; pero tambien suelen reproducirse una ó dos veces, dejando en su lugar un colorcito opalino que no persiste durante mucho tiempo.

Síntomas fisiológicos.—En los casos mas sencillos, sin flictenilla, ni vesícula herpetiforme, el enfermo solo experimenta un ligero dolor; ni padece fotofobia ni lagrimeo. Cuando se determinan sobre la córnea las erupciones de que acabamos de hablar, suele haber dolores ciliares y una fotofobia exageradamente intensa. Los dolores referidos se notan mucho mas entre los niños, á quienes no es muy fácil hacer que abran los ojos, cerrados entonces espasmódicamente.

Cuando la queratitis superficial depende de una causa accidental ó pasajera, entonces tiene una marcha rapidísima y obtiene una pronta curacion. En el caso contrario, y hallándose bajo la dependencia de un estado constitucional diatésico, la duracion es mucho mayor y su fin no tan sencillo. O bien se sobreponen y oscurecen las capas epitélicas, si la inflamacion llega sobre todo á las capas subyacentes; ó bien adelanta la vascularizacion penetrando diferentes redes vasculares en la membrana de Bowman y en las capas superficiales de la córnea, de lo cual resulta un pannus mas ó menos indeleble; ó bien se determinan desde luego unas ulceraciones superficiales que no tardan en adquirir profundidad. Esta complicacion última se observa mas particularmente en la queratitis flictenosa ó escrofulosa.

El *diagnóstico* que no ofrece grandes dificultades, se funda especialmente en los síntomas objetivos, en el aspecto empañado de la córnea, en su vascularizacion superficial y en la falta ó escasa intensidad de la red pericórnea situada sobre el tejido sub-mucoso de la conjuntiva. El *pronóstico* se deduce de la causa de la afeccion y de su antigüedad. En igualdad de circunstancias, la queratitis flictenular es mas grave que las otras variedades, porque generalmente ataca á niños escrofulosos, miserables ó sujetos á malas condiciones higiénicas.

2.° **Queratitis intersticial, diseminada y parenquimatosa.**—Sigue á lar forma anterior y se establece de corrido, por decirlo así. Entonces se invade el tejido propio de la córnea.

Síntomas objetivos.—La opacidad reside en el espesor de la córnea; es parcial ó general, y su color varía mucho segun el período de la inflamacion. Pasa sucesivamente por distintos matices, que ha indi-

(1) Denonvilliers y Gosselin, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, página 463.
(2) De Graefe, *Archiv. für Augenheilkunde*, Band II, Abtheilung I, S. 206.
(3) Weber, *Idem*, Band VIII, Abtheilung I, S. 60.

cado Velpeau (1) y que son: el verdoso, el parduzco, el amarillento y el pajoso ó de piedra de chispas. Los vasos de la conjuntiva se inyectan como en la queratitis superficial; pero debajo de ellos se dibuja el *anillo periquerático*, compuesto de muchos vasitos sueltos y paralelos que van desde la periferia al centro.

Síntomas fisiológicos.—Cuando la opacidad invade ya toda la extension de la córnea, la vista se halla próxima á extinguirse, y el enfermo solo ve á través de una espesa nube. Los dolores no son siempre extraordinariamente agudos; pero llegan á considerarse como insoportables desde el instante en que la inflamacion se propaga al círculo ciliar y al íris. Entonces hay fotofobia y lagrimeo y dolores nerviosos que abrazan las sienes y la region frontal.

Curso, duracion y terminacion.—La queratitis intersticial tiene á veces una marcha muy rápida, como la de las oftalmías purulentas y contagiosas, y á veces lenta y progresiva de la circunferencia al centro, pareciendo entonces crónica desde luego. Su duracion es indeterminada; pero por poco que tarde en resolverse, las células propias de la córnea, que al principio solo experimentan un aumento de volúmen y una especie de degeneracion adiposa (2), se trasforman en seguida en glóbulos purulentos. Entonces se manifiestan abscesos, y despues fístulas y ulceraciones. El tejido propio se ablanda y no ofrece ya suficiente resistencia contra la presion interior, de donde viene la formacion de un estafiloma general ó parcial. En esta variedad de queratitis es donde se observan con mas frecuéncia manchas profundas muy opacas, por consecuencia de los abscesos y de la cicatrizacion de sus cavidades, y además la degeneracion grasosa y fibrosa de las células propias de la córnea.

Diagnóstico.—No puede confundirse con el de la forma precedente ó con la queratitis profunda. La inspeccion por medio del alumbrado oblícuo solo es susceptible de precisar el sitio de la inflamacion.

El *pronóstico* siempre es grave. Cuando la enfermedad resulte de una causa traumática, de cuya accion pueda sustraerse el paciente con prontitud, se logrará curarla por medio de un tratamiento enérgico, dejando intactas las funciones visuales. Desgraciadamente, por consecuencia de la supuracion de la córnea y de su reblandecimiento es por lo que se observan esas destrucciones de los ojos, tan frecuentes en las oftalmías purulentas; y de aquí que el pronóstico tenga que considerarse como gravísimo, hablando en tésis general.

3.° **Queratitis profunda.**—No se hallan de acuerdo los autores sobre la primitiva situacion de esta variedad de queratitis. Sichel (3) cree

(1) Velpeau, *Manual pratique des maladies des yeux*, p. 190.

(2) R. Virchow, *La pathologie cellulaire, basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus*, traduit de l'allemand, sur la seconde édition, par Paul Picard. Paris, 1866, XIV leçon, p. 280.

(3) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 11, y figuras: láminas VI, figura 1; VII, fig. 6; XI, fig. 1.

que se desarrolla primero en la córnea, y la describe con el nombre de *queratitis no vascular primitiva*. Wecker (1) insiste acerca de las alteraciones del íris, y supone que la membrana de Descemet solo se afecta de un modo secundario. Velpeau (2), hablando de esta afeccion, dice que aun no se la conoce bien y que se han confundido con ella muchos casos de iritis. Desmarres (3) ha descrito dicha afeccion, bajo el nombre de *queratitis punteada*, fijando su situacion, ya en la conjuntiva, ya en la membrana de Descemet. Finalmente, Mackenzie la la describe con el nombre de *acuo-capsulitis*. Y de todas las opiniones expuestas se deduce que cualquiera que sea su punto de partida, la queratitis profunda ataca sucesivamente distintas regiones, próximas todas á la membrana de Descemet ó en contacto directo con ella.

Síntomas objetivos.—«Desde el principio de la afeccion (4), y cuando se examina la córnea cuidadosamente, se observan en su centro algunos puntitos ó plaquitas grises ó azuladas, del tamaño de una punta de aguja y sin presentar salientes ni profundidades. Estos puntos no se remontan por encima de la pupila; al contrario, descienden hácia la circunferencia inferior de la córnea, bajo la forma de un triángulo bastante regular. Su conjunto tiene mucho parecido con la piel de la cara, despues de haberla afeitado. En los espacios que ocupan, la córnea se presenta como si estuviese picada, conservando por todas partes su trasparencia, y aun sobre los mismos puntitos, cuyo asiento parece que varía muy á menudo. Unas veces puede suponerse que se hallan colocados en la superficie externa de la córnea, y otras veces hay que admitir que existen á mayor profundidad. Dichos puntitos nunca aparecen sino en una ó en otra superficie de la córnea debajo de las serosas que rodean á esta membrana. Lo mas frecuente es que se hallen bajo la membrana del humor acuoso, y allí puede verse con facilidad, mirando la córnea de costado, que las laminitas externas conservan su trasparencia normal. La afeccion, por consiguiente, comienza en las serosas de la córnea, invade poco á poco el tejido propio de dicha membrana, y se propaga á la de Descemet y á todas las demás del ojo...»

Síntomas subjetivos.—Al principio se queja el enfermo de un enturbiamiento de la vista, que compara con una neblina sin experimentar dolor, ni sensacion de cuerpo extraño alguno debajo de los párpados. Algunas veces percibe moscas volantes trasparentes, y entonces suele tomarse la enfermedad en el concepto de ambliopía, sin la menor complicacion por parte de la córnea. En este grado, ni hay fotofobia, ni lagrimeo. Pero cuando llegan á multiplicarse los puntitos opacos, el enturbiamiento de la vision crece de un modo considerable. El enfermo se vuelve míope poco á poco, y su vista dismi-

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 287.
(2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 200.
(3) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 245.
(4) Desmarres, *loc. cit.*

nuye hasta el punto de que le sea imposible dirigirse de un lado á otro.

Curso, duracion y terminacion.—Esta enfermedad sigue su curso con excesiva lentitud, aunque en la mayoría de los casos pueda desaparecer en el plazo de algunas semanas. Generalmente, los puntos ó placas, á pesar de su mínimo diámetro, no se borran por completo.

Diagnóstico.—La pérdida progresiva de la vista, sin vascularizacion aparente de la córnea, la presencia de moscas y la falta de toda especie de dolor, hacen que se confunda esta enfermedad con una ambliopía, si se la observa rápidamente. Pero la inspeccion detenida de ella por medio del alumbrado oblícuo, resolverá cualquier obstáculo que se presente.

Pronóstico.—El pronóstico que resulta de las consideraciones anteriores, se halla en relacion con el número y la amplitud de los depósitos pigmentarios y con el oscurecimiento de la vista.

Seria una verdadera imprudencia prometer la curacion inmediata de dicha enfermedad, despues de haberla visto Desmarres estacionarse durante mas de diez años.

Antes de proceder al tratamiento, y para no dividir hasta el infinito la historia de la queratitis, vamos á hacer una descripcion sucinta de sus complicaciones, expuestas generalmente por los patólogos en artículos aparte.

§ V.—Consecuencias y complicaciones de la queratitis.

1.° PANNUS.

Consiste en un desarrollo anormal de los vasos, de tal suerte que los superficiales amplían á los de la conjuntiva, y los mas profundos á los de la esclerótica. His (1), en un estudio que ha hecho acerca del desarrollo de los vasos sobre la superficie de la córnea, atribuye su formacion á una hipergénesis de las células fusiformes de la túnica adventicia de los capilares. Estas células fusiformes se apoyan bajo la forma de cono sobre la pared de los papilares, la cual desaparece probablemente poco á poco, permitiendo que la sangre afluya en el medio de las células fusiformes y que se distribuyen en conductos vasculares.

Hay dos formas de pannus: el *pannus ténue* y el *panus sarcomatoso*; el primero pertenece á los períodos agudos de la queratitis, y el segundo á los períodos crónicos. El uno se compone solamente de muy pocos vasos; mientras que el otro tiene muchos vasos anastomosados entre sí, de manera que dan á la córnea el aspecto de un trapo rojo. El *pannus ténue* puede extinguirse sin dejar huella alguna; pero el *pannus sarcamatoso*, en virtud del desarrollo del tejido

(1) His, *Archiv. für Ophthalmologie*. Berlin, Band IV, Abtheilung I, S. 365.

celular que rodea á los vasos y que se organiza, es sumamente rebelde á los medios terapéuticos. Cuando al retraerse el tejido nuevamente formado, ataca á los vasos y detiene la circulacion, resulta un enturbiamiento considerable de la córnea, y una especie de suciedad que recibe el nombre de *pannus craso*. Con la vascularizacion anormal de la córnea coinciden generalmente las manchas y las úlceras. La vista se extingue por completo en el pannus sarcomatoso, excepto cuando este se circunscribe á una parte de la córnea (1).

2.° ABSCESO.

A consecuencia de la queratitis intersticial es como casi exclusivamante se observan los abscesos de la córnea. No siempre se necesita de una inflamacion muy aguda para determinarlos. En la córnea aparecen abscesos frios é indolentes durante la convalecencia de algunas enfermedades largas que llevan consigo la supuracion de diferentes partes del cuerpo. Los abscesos que se manifiestan en las parálisis del quinto par, por causa de tumores cerebrales y de ciertas afecciones del cerebro son indolentes, carecen de vascularizacion y de reaccion inflamatoria, y se designan con el nombre de *neuro-paralíticos*. Segun esto, los abscesos pueden dividirse en *esténicos* y *asténicos* ó indolentes. Los primeros van acompañados de fotofobia, de lagrimeo y de inyecciones peri-queráticas y córneas; los segundos no tienen síntoma alguno de estos. Los abscesos de la córnea nacen aisladamente, por puntos opacos y amarillentos que no tardan en acumularse entre las capas de la córnea y en dirigirse hácia las partes mas bajas. Cuando los focos purulentos se reunen en la parte inferior de la córnea bajo la forma de una media luna, cuya concavidad mira hácia arriba, llevan el nombre de *onyx* ú *onice*.

Los autores han discutido mucho acerca de la naturaleza del contenido de dichos abscesos. Algunos no creen la posibilidad siquiera de que haya una verdadera supuracion en el tejido de la córnea. Las investigaciones microscópicas demuestran de un modo positivo que hay glóbulos purulentos en los abscesos de la córnea, y además que estos se encuentran mezclados con muchos núcleos pequeños, con glóbulos grasosos y con restos desprendidos del tejido ablandado de la córnea.

Los abscesos de la córnea son superficiales ó profundos. Estos tienen color amarillento, y no ofrecen la menor salida al exterior; aquellos afectan coloracion azul y se destacan sobre la conjuntiva. El alumbrado oblícuo permite apreciar con la mayor facilidad la posicion de los abscesos y los trayectos fistulosos que recorre el líquido purulento para dirigirse entre las laminillas de la córnea hácia lo mas profundo de ella y llegar á invadir la cámara anterior del ojo.

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, 1852, pl. VII, fig. 4, 5, 6.

La *marcha* de los abscesos es aguda ó crónica. Terminan por resolucion ó por evacuacion de su contenido hácia fuera, cuando son superficiales. Los profundos desaguan en la cámara anterior, y vienen á ser causa de iritis aguda. Los abscesos, cuyo contenido queda en medio del tejido córneo, sufren diferentes trasformaciones pultáceas, constituyendo entonces manchas indelebles. Estas pueden igualmente resultar de la cicatrizacion de las paredes de la cavidad del absceso, por intermedio de un tejido inodular denso y opaco. El *pronóstico* de los abscesos de la córnea siempre es grave.

Diagnóstico.—La situacion del absceso en medio de la córnea y la dificultad que se experimenta para hacer que cambie de lugar, han ayudado á distingirle del hipopion ó coleccion purulenta de la cámara anterior, mudable en las diferentes posiciones que puede tomar la cabeza del enfermo. El alumbrado oblícuo suministra indicaciones bástante ciertas acerca del diagnóstico.

3.° ÚLCERAS DE LA CÓRNEA Y FÍSTULAS.

Las úlceras y las fístulas de la córnea siguen generalmente á sus abscesos; no obstante, tambien se pueden establecer de una manera primitiva, por la destruccion insensible de las células epitélicas que revisten la cara exterior de la córnea. El trabajo ulcerativo viene siempre tras de una inflamacion aguda y crónica, llegando á ser persistente y hasta profundo en los niños caquécticos y las personas extenuadas por consecuencia de males duraderos. En 1832, Mackenzie observó muchas veces úlceras con motivo del cólera de aquella época (1), y creyó que eran producidas por una especie de inanicion análoga á la que determinaba Magendie (2) sobre perros alimentados con azúcar y agua destilada.

Division.—Se ha multiplicado á discrecion de los autores el número de las variedades de ulceracion de la córnea. Velpeau describe seis, recordando los singulares nombres que las aplicaban los antiguos. Pueden dividirse en agudas y crónicas, superficiales y profundas. Las agudas y las profundas se caracterizan siempre por dolores fuertes, fotofobia y lagrimeo; en cuanto á las crónicas y superficiales, sin ser indolentes de una manera absoluta, hacen sufrir á los enfermos dolores mucho mas tolerables. Como resultado de las inflamaciones agudas de la conjuntiva, se ve que el epitelio de la cara anterior de la córnea desaparece bruscamente de algunos puntos, dejando en su lugar unas ulceritas de superficie trasparente. A la simple vista es muy difícil reconocerlas; pero el espejismo particular de la superficie de la córnea y el alumbrado oblícuo permiten luego descubrirlas y apreciar su superficie y su configuracion. Laugier, que

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 144.
(2) Magendie, *Mémoire sur les sabtances qui ne contiennent pas d'azote*. Paris, 1816.

ha descrito perfectamente esta variedad de úlceras, las llama *úlceras con facetas.*

Las conjuntivitis flictenosas y vesiculares terminan generalmente por una ulceracion de la córnea. Las úlceras que tienen entonces forma redondeada, bordes salientes por encima de la córnea y fondo cubierto de una materia agrisada, reciben el nombre de *úlceras cupuliformes*. Estas úlceras, y las que suceden á la abertura de un onice, tienen gran tendencia á ganar en profundidad. Magendie describe una *úlcera surcada*, que circula alrededor de la córnea, ganando en extension al mismo tiempo que en profundidad, lo cual viene generalmente despues de una oftalmía con quimosis flemonosa, y es el resultado de una especie de extrangulacion de los vasos nutritivos de la córnea. Velpeau (1) llama *úlcera de arañazo* á una ulceracion, situada generalmente cerca de la esclerótica, que careciendo de toda tendencia á ensancharse, hace casi todos sus progresos en el sentido de la profundidad. Esta, dice dicho autor, es una de las úlceras mas animadas y dolorosas que conocemos.

Las úlceras superficiales desaparecen con la enfermedad que las originan. Su fondo se presenta cubierto de un epitelio opaco en el principio, pero susceptible de llegar á ser luego trasparente. Algunas veces la úlcera tiende á ganar en profundidad y á perforar la córnea de uno á otro lado; su marcha invasora se detiene durante algun tiempo por la membrana de Descemet; esta no puede soportar el empuje de la tension interior, disponiéndose á salir entre los pliegues de la úlcera, y entonces resulta lo que los autores designan con el nombre de *queratocele*. Cuando la ulceracion ha vencido ya á la membrana de Descemet, el humor acuoso se derrama por la parte exterior, y llega el íris á comprometerse en la fístula, con la cual contrae diferentes adherencias. Por poco que se extiendan estas úlceras profundas, nunca curan sin dejar como rastro un tejido inodular muy opaco. Si las adherencias que lo comunican con la córnea son escasas, el íris recobra su posicion ordinaria; pero si se halla muy comprometido entre el tejido de la córnea, forma un solo cuerpo con la cicatrizacion, y su procedencia queda permanente (*Estafiloma del íris*).

El *pronóstico* se halla en relacion con la profundidad de la úlcera y las complicaciones que determine. La procidencia del íris, y el contacto de la cápsula del cristalino con la superficie exterior de la córnea, son muy temibles, especialmente á causa de la deformidad, y aun de la obliteracion del campo pupilar, y de la produccion de una catarata capsular.

(1) Velpeau, *Maladies des yeux*, p. 242.

4.° MANCHAS DE LA CÓRNEA.

Las manchas de la córnea siguen á los abscesos y á las fístulas. Y fuera de estas dos circunstancias patológicas, todavía se pueden producir por el derrame de la linfa plástica entre los elementos de la córnea, ó si se quiere mejor, por hiperplasia celular, multiplicacion de núcleos y degeneracion grasa. Unas se hallan constituidas por cierto tejido de cicatriz idéntico al de las demás partes del organismo; otras proceden de un conjunto graso de depósitos de pigmentum, sales calizas, cristales de colesterina, sustancias extrañas y cuerpos metálicos, tales como las combinaciones de plomo y plata empleadas en forma de medicamentos. La inervacion incompleta de la córnea da muchas veces por resultado una alteracion de la trasparencia y la opacidad del cristalino.

Fundándose los autores en la situacion de la mancha y en el grado de opacidad que determina, han admitido tres variedades de manchas córneas: el *nefelion*, situado en la superficie, y que aun permite el paso de los rayos luminosos; el *albugo*, que interesa las laminillas interiores, y que impide la vision; y últimamente, el *leucoma*, que invade todo el espesor de la córnea, y detiene por completo los rayos luminosos.

Cuando las manchas existen en la periferia, dejando libre el campo papilar, no ofrecen mayores inconvenientes. En el caso contrario, determinan la pérdida de la vista, y si esta puede efectuarse por ciertos sitios todavía trasparentes, hay diplopia que no puede desaparecer sino por una desviacion del globo ocular. El estravismo, intermitente y pasajero al principio, se llega á estacionar. Ciertos enfermos, afectados de manchas superficiales, trasparentes aun, se ven en la precision de aproximar mucho á sus ojos los objetos, para percibirlos bien, haciendo esfuerzos de acomodacion que dan por resultado la prolongacion del diámetro posterior del ojo, y en su consecuencia la *miopía*.

Lo primero que importa averiguar es la naturaleza de la mancha. ¿Resultará esta de un tejido de cicatrices, ó procederá de una hiperplasia inflamatoria y curable por consiguiente? Hé aquí cómo resume Wecker (1) los caractéres que permiten distinguir una mancha permanente de otra transitoria y curable:

«1.° La opacidad permanente tiene una coloracion mas uniforme, refleja mejor la luz, se presta menos á la difusion de los rayos, y se halla mas circunscrita y caracterizada que la opacidad inflamatoria.

»2.° La opacidad permanente siempre presenta sobre la córnea una capa epitélica lisa; mientras que la opacidad inflamatoria recu-

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 319.

bre generalmente dicha córnea de una capa epitélica desigual, como picada por alfileres, y parecida á un cristal deslustrado.

»3.° Cuando se examina el contorno de una córnea afectada de opacidad permanente, no aparece inyeccion alguna periquerática, á menos que existan ciertas complicaciones. Esto puede presentarse tambien excepcionalmente en el caso de una opacidad de causa inflamatoria; pero si se tiene el cuidado de examinar al enfermo, despues que ha tenido cerrados sus párpados durante el sueño, por ejemplo, la inyeccion periquerática se observa siempre, y con especialidad cerca de la opacidad.»

El alumbrado oblícuo permite reconocer las opacidades debidas á pajitas metálicas por el espejismo de sus superficies.

El *pronóstico* se deriva de los datos que produce el diagnóstico. Las manchas recientes é inflamatorias se curan entre ciertos límites; mientras que otras constituyen enfermedades muy difíciles de remediar.

5.° GANGRENA, REBLANDECIMIENTO DE LA CÓRNEA Y ESTAFILOMAS.

La mortificacion del tejido de la córnea no es tan frecuente como su reblandecimiento. Velpeau (1) lo refiere á tres orígenes: 1.°, á un exceso de inflamacion; 2.°, á una disolucion orgánica por supresion del influjo nervioso, y 3.°, á una suspension de la circulacion. Cualquiera que sea su orígen, la gangrena de la córnea siempre es una afeccion grave, no sólo porque compromete la vision, sino porque generalmente representa el síntoma de una lesion profunda de la economía. Entre trece casos de gangrena referidos por Hubsch (2), ocho habian aparecido en tísicos, dos en escorbúticos, dos en personas atacadas de disentería rebelde y uno en un individuo afectado de fiebres palúdicas.

El *reblandecimiento* de la córnea se observa en igualdad de circunstancias que la gangrena, solo que sus causas determinantes tienen una densidad mucho menor. Es parcial ó general, aunque limitado á las partes que rodean el absceso ó la úlcera de la córnea, puede tambien ocupar tod ala córnea en caso de queratitis intersticial parenquimatosa aguda, por consecuencia de un quemosis inflamatorio, y de una enfermedad febril de larga duracion. El reblandecimiento de la córnea, que se extiende por todo su espesor, determina grandes deformidades de la membrana referida. Cuando no hay irritacion de las membranas internas, y en lugar de hallarse excedente el humor acuoso, disminuye en cantidad, la córnea se hunde y aplasta, como Mirault, de Angers (3), demostró con un ejemplo. General-

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 233.
(2) Deval, *loc cit.*, p. 354.
(3) Miraul (d'Angers), *Lettre sur l'inflammation chronique de la cornée* (*Arch. gén. de médecine*, 2.ª série, t. IV, p. 553).

mente, la córnea ablandada de este modo, se eleva por delante, produciendo una deformidad conocida con el nombre de *estafiloma*.

Se conocen dos variedades de *estafilomas*; el *estafiloma pelúcido cónico* ó *globuloso*, y el *estafiloma cicatrizal*, *opaco*, *parcial* ó *general*.

El *estafiloma pelúcido cónico* es una enfermedad rara, acerca de cuya patogenia no están conformes los autores. ¿Depende de un reblandecimiento inflamatorio, ó de una hidropesía de las cámaras del ojo? ¿Hay en él adelgazamiento ó hipertrofia de las láminas de la córnea? ¿Tiene esta por todas partes una trasparencia perfecta? ¿Es constante la opacidad del vértice del cono, como pretende Sichel (1)? Sea lo que quiera de todas esas cuestiones, planteadas, pero no resueltas, la afeccion referida se desarrolla de un modo insidioso, atacando ambos ojos, con preferencia á uno solo. Entre 48 casos, Walker (2) cuenta 34 donde el estafiloma pelúcido era doble. La miopía y el aspecto reluciente de la superficie de la córnea son sus principales caractéres.

El *estafiloma pelúcido globuloso* se desarrolla casi exclusivamente por consecuencia de una queratitis. Algunas veces es diáfano por completo; otras veces se representa en la córnea por opacidades que el alumbrado oblícuo permite distinguir muy fácilmente. La vista se halla siempre muy comprometida.

Los *estafilomas opacos parciales y generales* se hallan constituidos esencialmente por una prominencia de la córnea, en cuya composicion entra el tejido de cicatrices, la sustancia propia de la córnea y las adherencias del íris. El estafiloma puede ser únicamente de cicatrices, en cuyo caso solo se halla constituido por dicho tejido, y por la porcion del íris que forma la hernia; pero cuando á consecuencia de la hipersecrecion del humor acuoso, la fuerza resistente del tejido córneo que rodea á la cicatriz es menor que la presion interna, la córnea misma participa del ataque anterior... La configuracion de los estafilomas opacos es muy diversa: ya se ve reducida á un cono pequeño, situado en el centro, ó en la circunferencia de la córnea; ya se presenta abollada de una manera irregular, comunicando al *estafiloma* el nombre de *ramoso*. La prominencia en ciertos casos, no es mas que una ligera saliente, que apenas incomoda para el movimiento de los párpados; pero tambien suele ser fácil observar un tumor voluminoso que haciendo considerable salida entre los párpados impide que se cierren. En tal caso, el íris se desgarra, no dejando mas que los colgajos hácia la cara interna del estafiloma. La coloracion es agrisada, gris azulada y á veces completamente azul cuando el íris se halla herniado en totalidad.

(1) Sichel, *Iconographie ophtalmologique*, texte, p. 403 pl. XXXII, fig. 3, 4, 5, 6; pl. XXXIII, fig. 1, 2.
(2) Deval, *loc. cit.*, p. 339.

En los estafilomas parciales situados fuera del campo pupilar, aunque mas corta y confusa, todavía es posible la vision.

El estafiloma total, no solo es causa de que se pierda la vista absolutamente, sino que ocasiona dolores ciliares intensísimos, contra los cuales es preciso la intervencion quirúrgica. Solo en los casos excepcionales, y en los estafilomas parciales es cuando hay que esperar que mejore la vista por el hundimiento del íris hácia atrás. Porque es muy raro observar que se aplique el íris sobre la membrana de Descemet, y que se reunan ambas membranas del mismo modo que se verifica entre la pleura costal y pulmonal (1).

§ VI.—Tratamiento de las queratitis y de sus consecuencias.

1.° *Tratamiento de la queratitis superficial.*—Esta variedad de queratitis no reclama generalmente otro tratamiento que el de la conjuntivitis, de quien es una especie de complicacion. Cuando esta desaparece bajo el influjo del tratamiento enérgico que indicamos en el capítulo de las CONJUNTIVITIS SIMPLES Y PURULENTAS, no tarda en resolverse la inflamacion de la córnea. Pero no ocurre lo mismo cuando la queratitis se subordina á un estado constitucional, á la diátesis escrofulosa. La gran tendencia que tiene á reproducirse, á ganar en profundidad y á terminar por ulceraciones múltipes, consecutiva de las pústulas expresadas, reclama de parte del médico una intervencion activa y muy prolongada.

El tratamiento general, que tiene una importancia de primer órden, consiste en prescribir al interior aceite de hígado de bacalao, y ioduro potásico ó cloruro bárico bajo la forma siguiente, segun Sichel aconseja:

R. Agua destilada.... 15 gram.. | Cloruro de bario............ 2 gram.

Disuélvase. Para tomar tres á ocho gotas, tres veces por dia, con dos ó tres cucharadas de agua gomosa y azucarada (2).

Los tópicos locales nunca deben ser muy enérgicos. Puede emplearse una solucion ligera de nitrato de plata, cuando no haya ulceracion todavía, ó mejor colirios con bórax, sulfato de zinc ó sulfato de cobre. El bórax se puede prescribir en la dósis de 50 centígramos á 1 gramo por 100 gramos de agua destilada, y los sulfatos de zinc ó de cobre á la dósis de 10 á 15 centígramos por 40 gramos de agua destilada.

Cuando el dolor es intenso y la queratitis tiende á progresar, los calomelanos, administrados interiormente, bajo la dósis de 20 á 30 centígramos divididos en ocho ó diez papeles, durante el dia, establecerán una division útil muchas veces.

(1) Wharton-Jones, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduction et notes por Foucher, p. 292.

(2) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texte, p. 89.

Las fricciones mercuriales con belladona tendrán siempre el mejor éxito para calmar los dolores ciliares y dilatar la pupila.

Para combatir la fotofobia, Deval (1) preconiza los fomentos tres ó cuatro veces al dia, con una solucion de cianuro de mercurio, que formula de este modo:

R. Cianuro mercúrico...	25 milígr.	Agua destilada de laurel cerezo....................	2 gram.
Agua destilada......	60 gram.		

Si á la fotofobia se uniera al blefarospasmo, podríamos servirnos, siguiendo el ejemplo de Demours, de unos fomentos opiados, sobre los velos palpebrales. Mackenzie aconseja, en las mismas circunstancias, que se expongan los ojos al vapor del láudano mezclado con agua.

Quadri (2) ha visto á de Graefe introducir la cabeza de un niño atacado de blefarospasmo en agua fria, y recomendar á la madre que reitere en su casa este tratamiento, y en concepto del profesor de Berlin, produce rápidos y maravillosos efectos.

Cuando la queratitis superficial ha pasado al estado crónico, conviene mucho emplear pomadas de precipitado rojo, comenzando por dósis ligeras.

R. Precipitado rojo.......	5 centíg.	Alcanfor............	10 á 15 centíg.
Manteca..............	4 gram.	O láudano...........	5 centíg.

Todos los dias se introduce un poco de dicha pomada entre los párpados, y al dia siguiente el enfermo se lava los ojos con agua tibia (3).

Entonces es cuando conviene usar los revulsivos cutáneos, la tintura de iodo en unturas alrededor de los párpados, las fricciones con aceite de crotontiglio y los vejigatorios. (V. para mas detalles: CONJUNTIVITIS FLICTENOSA, p. 892.)

La *queratitis vesiculosa* no reclama otro tratamiento que abrir las vesículas, ó introducir en el ojo el polvo de calomelanos, colocando en seguida al enfermo fuera del contacto de la luz (4).

El *régimen* deberá ser severísimo en los períodos agudos, rèconstituyendo sin producir excitacion cuando se trate de formar crónicas.

2.° *Tratamiento de la queratitis parenquimatosa aguda.*—Debe siempre subordinarse al estado de la constitucion, y á la naturaleza de la causa que produjo la enfermedad. Cuando la queratitis procede de una conjuntivitis purulenta, la medicacion se debe dirigir primero contra esta enfermedad, y cuando sobreviene á consecuencia de una enfermedad aguda y duradera, habrá de ser el tratamiento menos

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 279.

(2) Quadri, *Relation d'un voyage scientifique* (*Annales d'oculistique*, Bruxelles, 1857, t. XXXVII, p. 223).

(3) Deval, *loc. cit.*, p. 280.

(4) Wecker, *loc. cit.*, p. 287.

enérgico que si se declarase aquella en curso de buena salud. Dado el primer caso, los revulsivos de las sienes y de la nuca, y las unturas de mercurio y belladona serán de grandísima utilidad, así como la aplicacion de compresas de agua caliente á la temperatura de 35 ó 40 grados, como de Graefe recomienda. Cuando la queratitis parenquimatosa es primitiva, y el enfermo se halla dotado de una buena constitucion, convendrá hacer una ó dos emisiones sanguíneas de 300 á 400 gramos y aplicar sanguijuelas al ángulo interno del ojo ó de las sienes. En cuanto se vea ya establecida la supuracion, convendrá abstenerse de continuar las evacuaciones sanguíneas.

Al mismo tiempo se hacen fricciones mercuriales con belladona sobre los párpados y la region superciliar.

Los purgantes enérgicos están perfectamente indicados. Las sales de sosa y de magnesia deberán administrarse todas las mañanas, muchos dias seguidos, durante el período inflamatorio agudo.

Emilio Martin (1) recurrió en tales circunstancias á las píldoras de Andersont y de Morisson, ó á las siguientes fórmulas por él mismo:

R. Calomelanos.........	60 centíg.	Extracto de beleño.........	20 gram.
Sulfato de quinina...	80 centíg.	Jarabe simple	C. S.
Extracto de digital...	50 centíg.		

Háganse 30 píldoras, para tomar cuatro ó seis durante el dia.

Tambien conviene instilar en el ojo algunas gotas del siguiente colirio contra la fotofobia intensa que acompaña á esta forma de queratitis:

R. Cianuro de mercurio..	1 centíg.	Agua destilada............	30 gram.
Agua de laurel cerezo..	2 gram.		

O efectúar las fricciones de la siguiente fórmula:

R. Veratrina............	10 centíg.	Manteca.................	15 gram.
Cloroformo..........	4 gram.		

Mézclese.

Queratitis parenquimatosa crónica.—Hay que desechar los antiflogísticos enérgicos; y se ordenarán, por el contrario, revulsivos intestinales, unturas mercuriales con belladona, vejigatorios á la nuca y fricciones con tintura de iodo. Generalmente convendrá abstenerse de todo género de tópicos locales demasiado enérgicos, con objeto de evitar una sobrexcitacion inflamatoria intensa. Las insuflaciones de calomelanos y las pomadas de bióxido de mercurio, en dósis cortas, así como la aplicacion de compresas calientes, podrán acelerar la curacion.

(1) Emile Martin, *Traité médical pratique des maladies des yeux*, Paris, 1863, página 140.

El régimen, que deberá ser muy severo tratándose de la forma aguda, será en la crónica mas sustancial y proporcionado á los grados de debilidad del sugeto. El aceite de hígado de bacalao, el ioduro de potasio y la quina, administrados interiormente, aumentarán las fuerzas del enfermo y favorecerán la resolucion de la enfermedad.

Queratitis posterior.—Para combatir el estado agudo, pueden emplearse sangrías, mercurio y belladona, y revulsivos intestinales, de la misma suerte que en la queratitis aguda parenquimatosa. Mackenzie (1) aconseja usar contra la forma crónica, que es la mas frecuente, sulfato de quinina mezclado con una corta cantidad de calomelanos, y administrar la mezcla durante todo el dia en dósis diferentes, hasta que comiencen á afectarse las encías. Tambien propone que se hagan unas aplicaciones de vino de opio y que se exponga el ojo por algunos minutos al vapor del ácido hidrociánico, cuya accion ayuda á desembarazar la córnea de los depósitos opacos que se producen en ella.

Wharton-Jones (2) proscribe toda clase de lociones y pomadas excitantes y administra la trementina en la dósis de 2 gramos tres veces durante el dia, con leche ó con aceite de hígado de bacalao.

Guépin (3) efectúa en la superficie anterior de la córnea, y tan lejos como sea posible de la pupila, unas cauterizaciones muy pequeñas en lápices afilados de nitrato de plata, resultando de este modo ulceritas que, segun él, ejercen derivaciones saludables sobre las manchas profundas de la córnea.

Wardrop (4) prefiere evacuar el humor acuoso cuando hay distension de la cámara anterior, y de ello alcanza notables ventajas.

Desgraciadamente tenemos que confesar que las manchas pigmentarias se hacen siempre indelebles.

TRATAMIENTO ESPECIAL PARA CADA UNA DE LAS COMPLICACIONES Ó CONSECUENCIAS DE LA QUERATITIS.

1.° *Pannus.*—La curacion de las granulaciones de la conjuntiva, de una blefaritis ciliar y el enderezamiento de los párpados afectados de *entropion* y de *triquiasis*, bastan muchas veces para hacer que desaparezca la vascularizacion de la córnea. Mientras quede todavía alguna inflamacion de dicha membrana, puede esperarse la atrofia de los vasos y la resolucion completa de los tejidos flogosados. Pero aunque este resultado suele verse muchas veces y contra todo géne-

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 57.
(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 221.
(3) Guépin, *Des cautères pratiqués à la cornée dans le traitement des inflammations, avec opacité de la membrane de l'humeur aqueuse* (*Ann. d'oculistique*, t. XXXII, página 251).
(4) Wardrop, *On the effects of evacuating the aqueous Humor in inflammation of the Eyes* (*Medico-chirurgicale Transactions*, 1813, t. IV, p. 142).

ro de probabilidades, por consecuencia de las conjuntivitis purulentas, no sucede siempre de igual modo. El *pannus sarcomatoso* y el *pannus craso* resisten generalmente á todo tratamiento, por mas enérgico que sea.

Medios medicinales.—Cuando las medicaciones internas y los revulsivos cutáneos usados contra la queratitis crónica carezcan de eficacia contra el pannus, será preciso atacarlos directamente con tópicos locales. A este fin, se instilan entre los párpados algunas gotas de cualquiera de los siguientes colirios:

Sulfato de zinc.......... 20 centíg. | Agua destilada.......... 30 gram.

Sulfato de cobre.........	50 centíg.	Extracto de belladona.....	1 gram.
Agua destilada..........	30 gram.	Láudano de Sydenham...	4 gram.

Empleando el tanino, segun la fórmula de Hairion (p. 930), ó incorporándole con glicerina, como prefiere Foucher, se alcanza bastante éxito.

Tanino.......... 1 á 4 gram. | Glicerina............ 30 gram.

Follin (1), que ha preconizado últimamente el percloruro de hierro, aconseja se introduzca cada tres ó cuatro dias en el ojo, segun lo tolere el enfermo, una gota de la solucion de percloruro de hierro á 30 grados. La accion del medicamento expresado se deja sentir al cabo de la segunda ó tercera instilacion.

Los alemanes usan mucho el colirio de Conradi.

Igualmente pueden emplearse la sal comun, el láudano puro ó mezclado con cierta cantidad de agua, y los colirios de cloruro mercúrico; pero por regla general, siempre que haya ulceracion en la córnea, tendremos que prescindir del uso de las sales de plomo ó de plata que dejan manchas en la referida membrana.

Los *polvos* han gozado de gran reputacion en el tratamiento del *pannus*. Entre todos ellos, pueden preferirse los de las fórmulas siguientes:

1.° Azúcar refinada.................... } partes iguales.
Oxido de zinc...................... }

Mézclese y tritúrese.

2.° Oxido rojo de mercurio.. 60 centíg. | Azúcar refinada........... 4 gramos.

Mézclese y tritúrese.

3.° Calomelanos.................... } partes iguales (2).
Azúcar refinada................. }

(1) Follin, *De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement de la kératite panniforme* (*Archives générales de médecine*, Abril 1856, 5.ª série, t. VII, p. 424).
(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 82.

4.° Alumbre	2 gram.	Azúcar	4 gram.
Oxido de zinc	2 gram.		

Mézclese (1).

Cuando ninguno de los procedimientos anteriores ofrezcan resultado y el pannus quede estacionario, por falta de suficiente reaccion, podremos permitirnos intentar la inoculacion de la sustancia gonorréica. Pero como esta práctica, introducida en la ciencia el año de 1812 por Jæger, y muy usada despues por los médicos belgas (2), ofrezca peligros, será preciso que nos abstengamos de ella cuando haya un ojo solo enfermo, cuando existan ulceraciones de la córnea y cuando todavía pueda tener lugar el acto de la vision. La oftalmía purulenta artificial que se origina de este modo, deberá tratarse como la oftalmía espontánea, si amenazare á la córnea. Muy buenos resultados se obtienen con dicho método, pero hay que temer con él las recaidas, cuando despues de la curacion no se ha tenido el cuidado ó han faltado recursos para extinguir la causa que produjo el pannus.

Medios quirúrgicos.—La *seccion* de los vasos, recomendada primero por Scarpa, y practicada despues con diferente éxito por varios autores, vuelve á ser últimamente objeto de preferencia por Furnari (3). Este autor efectúa la escision de la conjuntiva alrededor de toda la córnea y hasta la esclerótica en la extension de 3 milímetros. Pero tan enérgico procedimiento es imposible que se utilice sino en casos completamente desesperados; del mismo modo que la extirpacion del pannus, aunque este último método descrito por Jüngken (4), haya producido una vez el mejor efecto entre las manos de Stœber (5).

2.° *Absceso de la córnea.*—Una vez que se esté tratando la queratitis que lo origine, en la forma expresada, la única cuestion que se presenta es la de saber si se ha de abrir ó no el absceso. Todos los prácticos mas experimentados acerca de este punto se reservan cuanto pueden el uso de los instrumentos cortantes, y solo aconsejan servirse de ellos cuando el absceso tenga una extension considerable con tendencia á ocupar toda la córnea y hacerse paso en la cámara anterior. Conviene, pues, en la mayor parte de los casos, esperar la reabsorcion del pus ó su evacuacion espontánea, combatiendo por los medios ya expuestos los dolores ciliares y la fotofobia. Están seriamente contraindicadas las aplicaciones irritantes.

3.° *Úlceras de la córnea.*—El tratamiento difiere segun que se dirige sobre ulceraciones agudas ó ulceraciones crónicas. En el primer

(1) Émile Martin, *loc. cit.*, p. 204.
(2) Warlomont y Testelin, *in* Mackenzie, t. II, p. 167.
(3) Furnari, *De la tonsure conjonctivale et de son efficacité contre les lésions panniformes de la cornée.* Paris, 1862.
(4) Jüngken, *Die Lehre von Augenoperationen.* Berlin, 1829, p. 532.
(5) Stœber, *Rapport sur la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Strasbourg* (*Gacette médicale*, 1855, p. 415).

caso, deben abandonarse las cauterizaciones con los cáusticos que Scarpa, Samuel Cooper y Sanson usaban en todo género de circunstancias y para toda clase de úlceras. Pero está perfectamente demostrado que el mal se agrava mucho, que los dolores se sobrexcitan, y que la ulceracion se activa en vez de disminuir por la influencia del cáustico. Lecalvé (1) ha dado á conocer los desastrosos efectos del método de Sanson, contra el cual se sublevan hoy todos los médicos racionales.

Durante el período agudo de la úlcera de la córnea, aparte de la medicacion especial que se dirija contra la queratitis que la dé orígen es preciso hacer instilaciones frecuentes de atropina y fricciones con belladona alrededor de la órbita, esperando que la úlcera se cicatrice naturalmente.

Cuando sea inminente la perforacion de la córnea, Desmarres (2) recomienda acostar al enfermo de espaldas, procurando, hasta donde sea posible, su inmobilidad y que tenga la cabeza baja; aplicar sobre el ojo compresas ligeramente humedecidas con el líquido siguiente de cinco en cinco minutos, y aprovechar instantes para introducir una gota del mismo líquido entre los párpados con las mayores precauciones, para no ejercer la menor presion sobre el globo.

Agua destilada......	1 litro.	Belladona..............	50 gram.
Beleño..............	50 gram.		

Infúndase y dilúyase en el producto:

Extracto de belladona.......................... 20 gram.

Fíltrese y rodéese de hielo.

Pero si la ulceracion fuere ya ancha y profunda, y estuviese la cámara anterior llena de pus, en vez de impedir por el método anterior la perforacion de la córnea, lo que convendrá será abrir la catarata con lanceta ó con queratotomo. Por este medio disminuye la tension interior, los bordes de la úlcera pueden llegar á reunirse, y la cura parece en condiciones de llevarse á cabo (3).

Cuando la fístula se vuelve permanente y el íris llega á constituir hernia, es preciso insistir ya con los midriásicos, y aun hacer la excision del íris si el prolapsus fuere considerable. Desgraciadamente resulta entonces una hendidura del ojo ó una catarata capsular. La fístula cede todavía difícilmente, sin perjuicio de haber desbridado sus bordes (4), y hay precision de excitar estos por medio de cauterizaciones ligeras con el sulfato de zinc disuelto ó con un lápiz de sulfato de cobre. Las aplicaciones de compresas de agua caliente sobre los

(1) Lecalvé, *Jornal de la Societé de médecine pratique de Montpellier*, 1842.
(2) Desmarres, *loc. cit.*, t. II, p. 288.
(3) Monteath, *Glasgow medical Journal*, 1825, vol. II, p. 133.
(4) Wecker, *loc. cit.*, p. 314.

párpados, así como las instilaciones de agua laudanizada y aun de láudano puro, son muy á propósito. Pero ninguno de estos medios dará resultado, sino se encamina á la causa que produjo la queratitis, sino se ayudan las fuerzas del enfermo, y sino se rehace su constitucion destruida por la diátesis escrofulosa y la miseria.

Opacidades de la córnea.—Tan probable es esperar la curacion de un nefelion reciente, cuanto peligroso prometerse la del albugo y del leucoma.

Medios medicinales.—Todos estos actúan determinando en la córnea un estímulo necesario para que se absorba la mancha. Se ha aconsejado con este objeto y abandonado desde luego una infinidad de colirios y de polvos irritantes y corrosivos. Su número es incalculable, y respecto de su eficacia hay que decir que no ofrece seguridad en la mayor parte de los casos.

Mackenzie (1) elogia mucho el uso del ácido cianhídrico. Para emplearle toma una botellita, cuya boca tiene la forma de un baño de ojos; pone en su fondo algunas gotas de dicho ácido; abre el ojo, y le aplica durante algunos minutos en la boca del frasco. Este procedimiento le ha producido buenos resultados tratando el nefelion y aun el albugo y leucoma vascular.

Los colirios con sulfato de zinc, sulfato de cobre, nitrato de plata y aun sulfato de cadmio, el láudano y otras muchas sustancias actúan de igual manera. Ninguna de ellas goza de propiedades específicas, y la mayor parte quedan sin efecto (2).

Bastará que citemos algunas de las preparaciones siguientes, que tomamos de Emilio Martin (3).

Contra el nefelion, los colirios con:

Clohidrato de amoniaco..	50 centíg.	Glicerina................	15 gram.
Láudano de Sydenham...	20 gotas.		

Mézclese.

ó bien:

Bicloruro de mercurio....	15 centíg.	Glicerina.................	15 gram.
Láudano de Sydenham...	1 gram.		

Contra el albugo, la pomada siguiente:

Ioduro de potasio........	20 centíg.	Manteca fresca y lavada...	4 gram.
Iodo....................	2 gram.		

Si la mancha tuviese aspecto cretáceo:

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 644.
(2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 232.
(3) Émile Martin, *loc. cit.*, p. 199.

Aceite de nueces........ 4 gramos.	Potasa cáustica.......... 30 centíg.
Aceite de hígado de bacalao. 6 gram.	

Mézclese y colóquese sobre la opacidad con un pincel.

Contra el leucoma, tenemos los polvos siguientes:

Calomelanos............. 4 gram.	Azúcar refinado........... 4 gram.
Ipecacuana............... 4 gram.	

ó bien:

Subnitrato de bismuto... 1 gram.	Azúcar.................. 4 gram.
Oxido rojo............. 50 centíg.	

Mézclese.

En circunstancias completamente especiales, como la de las manchas producidas por la proyeccion de la cal sobre la superficie de la córnea, Gosselin (1) ha aplicado ventajosamente una solucion de azúcar con el objeto de trasformar la cal en sacarato soluble.

La electricidad aplicada en forma de corrientes contínuas sobre la mancha de la córnea, por Usiglio de Corfou (2) y el doctor Turck (3), no ha producido mas que resultados insignificantes.

Medios quirúrgicos.—Son tan infieles como los medicinales. Sin embargo, las manchas metálicas podrán quitarse muchas veces con una aguja de catarata. En cuanto á la incision de los vasos que van á parar á la opacidad, á la abrasion de la opacidad misma (4), y en algunos casos extremos, á la trasplantacion de la córnea (5), todos son medios que no ofrecen sino un éxito problemático.

Cuando la mancha solo ocupa parte de la abertura pupilar, puede hacerse uso, estando comprometida la vista de ambos ojos, de pupilas artificiales ó de gafas de Donders (6), compuestas de un diafragma metálico con una abertura destinada á impedir la difusion de los rayos luminosos.

Estafilomas.—Su tratamiento casi se funda en los mismos principios que el de las manchas; por lo cual es inútil reproducirlo. Sin embargo, en los casos graves hay muchas veces la precision de se-

(1) Gosselin, *Mémoire sur l'ophthalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil (Arch. génér. de méd.* Noviembre 1855, 5.ª série, t. VI, p. 513).
(2) Usiglio (de Corfou), *Annali universali die Medicina*, 1844.
(3) Turck, *Albugo traité avec succès par le galvanisme (Annales d'oculistique*, tomo XXVIII, 1852, p. 223).
(4) Malgaigne, *Comunicacion á la* Academia de Ciencias, 5 Mayo 1855.
(5) *Annales d'oculistique*, t. III, surrlémentaire, p. 180.—Desmarres, *Note sur la kératoplastie (Ann. d'ocul.*, 1843, t. X, p. 183.)—Feldmann, *Nouvelles expériences sur la kératoplastie (Ann. d'ocul.*, 1844, t. XI, p. 149, y t. XII, p. 255). Véase tambien t. XVI, p. 93.
(6) Donders, *Archiv für Ophthalmologie*, Band I, Abtheilung I, S, 251.

parar la parte prominente por medio de procedimientos que se detallan en los Tratados especiales.

El plan para combatir los *reblandecimientos* considerables y la gangrena consiste en moderar la inflamacion, si es demasiado aguda; en verificar desbridamientos sobre el quemosis; en reconstituir las fuerzas del enfermo, cuando estuvieren agotadas por una larga enfermedad, y en establecer una ligera compresion sobre el globo del ojo para impedir que se produzcan estafilomas. Desgraciadamente, hágase lo que quiera, la destruccion del ojo tiene lugar y la vista se pierde sin remedio.

CAPÍTULO VII.

Enfermedades del íris.

La textura delicada de este velo membranoso colocado entre ambas cámaras, su riqueza de vasos y de nervios, y su íntima conexion con otra membrana esencialmente vascular, llamada coróides, explican muy bien la frecuencia y la gravedad de las inflamaciones que de él se apoderan; aunque su posicion profunda, al abrigo de los accidentes atmosféricos y de los agentes vulnerantes parezca conservarle en condiciones bastante favorables. Dejando á un lado la enfermedad descrita por los autores con el nombre de *acuo-capsulitis*, de que ya hemos hablado con motivo de la queratitis posterior y que todavía recordaremos á propósito de las complicaciones de la iritis, vamos á tratar solo en este capítulo de la *iritis aguda*, con sus tres grados, de la *iritis crónica* y de las *alteraciones funcionales del íris*.

1.° IRITIS AGUDA.

§ I.—Historia y bibliografía.

Aunque los oftalmólogos antiguos conocieron positivamente la inflamacion del íris, no llegaron á describirla como una afeccion especial y aislada. Y necesario es que avancemos hasta principios del siglo XIX para encontrar nociones acerca de la iritis. Beer, en 1799, indicó los principales caractéres y aun llamó sobre ella la atencion de sus compatriotas. Hoy, gracias ya á los trabajos emprendidos en todos los paises, la historia de la iritis deja muy poco que desear. Los principales autores que la han estudiado son: Schmidt (1), Travers (2),

(1) J. A. Schmidt, *Ueber Nachstaar und Iritis*, Wien, 1801.
(2) Travers, *On Iritis*, in *Surg. Essays*, part. I.

Gimelle (1), Montheath (2), Velpeau (3), Ricord (4), Duval (5), Tavignot (6), Foucher (7), Dupré (8), Huntchinson (9) y algunos otros autores que tendremos ocasion de señalar en el curso de este artículo.

§ II.—Frecuencia.

Recorriendo varios datos estadísticos, llama desde luego la tencion el considerar que la iritis está muy lejos de ser una afeccion igualmente frecuente para todos los observadores. Mientras que Saunders cuenta 38 casos de iritis entre 1942 enfermedades de ojos y Watoon halla 10 ejemplos de dicha inflamacion por cada 248 casos de oftalmía, Velpeau señala 5 casos entre 200 enfermos.

§ III.—Division.

La escuela etiológica ha admitido muchas variedades de iritis, que se distinguen mas bien por la causa presunta de haberlas originado que por sus síntomas y consecuencias terapéuticas. Las únicas inflamaciones específicas del íris son aquellas que se pueden referir á un orígen venéreo: *iritis blenorrágica* é *iritis sifilítica propiamente dicha*. Las otras especies descritas por los autores tienen demasiado parecido para que pueda distinguirlas entre sí. Bajo el punto de vista de la intensidad de la inflamacion, se admiten tres grados generalmente. Ammon (10) ha tratado de referir el primer grado á la inflamacion de la serosa anterior; el segundo á la del tejido propio del íris, y el tercero á la de la serosa posterior. Gosselin y Denonvilliers (11) hacen notar, con razon, que es muy difícil comprender que en una membrana tan delgada y cuyos elementos se hallan enlazados de una manera tan íntima, pueda ocupar la inflamacion una sola capa, con exclusion de las demás. Para ellos la membrana se invade toda

(1) Gimelle, *Notice sur la nature et le traitement de l'iritis (Journal universel des sciences médicales*, 1818, t. XI, p. 257).
(2) G. C. Monteath, *Essay on Iritis (Glasgow med.* Journ. 1829, t. II).
(3) Velpeau, *Dictionnaire* en 30 volúmenes, t. XVII, artículo Iritis.
(4) Ricord, *De l'iritis syphilitique (Ann. d'ocul.*, Bruxelles, 1856, t. XXXVI, página 265).
(5) Duval, *Note sur les affections vénériennes de l'œil et sur une forme insidieuse de l'ophthalmie syphilitique (Gazette médicale*, 1848, p. 2).
(6) Tavignot, *Iritis syphilitique (Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 225 y 261).
(7) Foucher, *Des déformations de la pupille (Revue méd.-chir.*, 1849).
(8) Dupré, *Des afecttions syphilitiques du globe de l'œil*, tésis de Paris, 1853.
(9) Hutchinson, *Iritis aiguë dependant de la syphilis héréditaire (Ann. d'ocul.*, Bruxelles, 1859, t. XLI, p. 43).
(10) Ammon, *Korestenoma congenitum, sive organique de l'iris, non encore décrit Gazette médicale de Paris*, 1840, p. 249).
(11) Gosselin et Denonvilliers, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, página 497.

á la vez, por mas que lo efectúe con mas ó menos energía; y esto es lo que indica sus grados y períodos.

Describiremos la *iritis aguda* con sus tres grados y la *iritis crónica*, é indicaremos los caractéres particulares de la *iritis blenorrágica* y de la *iritis sifilítica*.

§ IV.—Causas.

1.° *Predisposiciones individuales, edad y sexo.*—La iritis pertenece á todas las edades y á todos los sexos, solo que se manifiesta de una manera desigual en los diferentes períodos de la vida. La iritis simple primitiva ataca casi exclusivamente en la edad adulta, no padeciéndola los niños sino cuando tienen sífilis hereditaria ó cuando las oftalmías externas y en particular la queratitis ulcerosa han llegado á propagarse al interior del globo ocular. En cuanto á los ancianos, tienen que sufrir particularmente la iritis artrítica, segun la escuela etiológica. La iritis traumática, por consecuencia de las manipulaciones practicadas sobre el ojo en la operacion de la catarata, es menos controvertible que la variedad precedente.

Los hombres están mas predispuestos á ella que la mujer, y segun las estadísticas de Ammon (1) y de Arlt (2), el ojo izquierdo debe invadirse con mayor frecuencia que el derecho.

Las *causas predisponentes diatésicas* son: 1.° *Escrófulas*. La iritis entonces rara vez es primitiva, sino consecuencia casi siempre de una queratitis flictenosa. 2.° *Sífilis constitucional*. Esta causa parece que predomina sobre las otras, porque si hemos de creer á algunos observadores, de cada 100 casos de iritis, por lo menos 50 ó 60 ofrecen síntomas de sífilis constitucional (3).

La blenorragia y el estado general que de ella depende predisponen de tal modo á la iritis que cuando se presentan dolores articulares dependientes de un flujo uretral, se presenta tambien, segun Rollet (4), una vez por cada diez la inflamacion concomitante del íris. La coincidencia de la blenorragia y de la iritis, evidenciada ya por Saint-Yves (5), ha vuelto á comprobarse despues por Ricord Melchor Robert (6) y Zambaco (7).

Mackenzie no acepta el *artritismo* como causa de iritis. Segun él, la pretendida iritis artrítica de los alemanes debe referirse á un estado patológico general contraido por la accion continuada durante

(1) De Ammon, *De iritide*. Lipsiæ, 1838, p. 7.
(2) Arlt, *Die Krankheiten des auges für praktiske Aerzte geschildert*. Prag, 1855.
(3) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 367.
(4) Rollet, *Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique*. Lyon, 1858.
(5) Saint-Yves, *Nouveau traité des maladies des yeux*. Paris, 1722.
(6) Melchior Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes, d'après les documents puisés dans la clinique de M. Ricord*. Paris, 1861.
(7) Zambaco, *De l'ophthalmie blennorrhagique (Ann. d'ocul.*, 1855, t. XXXIV, página 33).

mucho tiempo que ciertas sustancias tóxicas, como el alcohol y el tabaco, ejercen sobre la asimilacion y el sistema nervioso.

Causas ocasionales.—Los enfriamientos, la exposicion de los ojos á corrientes atmosféricas, el uso inmoderado de la vista, las heridas de todas clases, y las inflamaciones de las membranas externas y profundas son las causas mejor demostradas de la iritis.

§ V.—Síntomas.

Primer grado.—*Síntomas anatómicos.*—La iritis puede afectar ambos ojos á la vez; pero generalmente principia por uno, viniendo luego el sano á participar de la enfermedad, ya porque el motivo que la ha desarrollado en el primero continúe actuando hasta interesar el segundo, ya porque este solo se ataque simpáticamente en virtud de una especie de consentimiento morboso que en ninguna parte se observa como en los órganos de la vista. Durante el primer grado, el ojo aparece claro y trasparente; mas no tarda mucho la córnea en empañarse, pero si dirigimos sobre ella y con direccion á la cámara anterior una luz oblícua, desde luego se percibe que la nube ligerísima que á primera vista parecia ocupar la córnea solamente, resulta de alteraciones mucho mas profundas. Por el lado del íris, se distingue en la superficie anterior un color anormal que la divide hasta el lado opuesto. El íris queda empañado, menos brillante y como falto de pulimento, volviéndose perezoso y poco contractil. La cámara anterior resulta llena de una gran cantidad de humor acuoso generalmente diáfano ó algo oscuro. Aunque la inyeccion periquerática no sea entonces muy considerable, ya se pueda reconocer. La conjuntiva se presenta sana y la córnea muy trasparente, á no ser en algunos casos donde la membrana de Descemet participa de la inflamacion, en cuyas circustancias esta aparece punteada de negro ó pardo, como digimos cuando hablamos de la QUERATITIS POSTERIOR.

Los *síntomas fisiológicos* no están muy claros. Aparte de un ligero enturbiamiento de la vista, una sensacion de tirantez intra-ocular y algo de fotofobia y lagrimeo, mezclado con ciertos dolorcitos periorbitarios, el enfermo apenas se queja, careciendo además de síntomas generales.

Segundo grado.—*Síntomas anatómicos.*—El cambio de color del íris se conoce mejor que en el precedente caso. La congestion es muy activa. El color de la sangre combinado con el de los productos plásticos segregados y con el normal del íris, comunica á este, cuando es *azul ó gris*, un aspecto *verde ó verdoso*, y cuando es *pardo ó negro* un aspecto *pardo rojizo*. Este cambio de color comienza por el círculo pupilar, para extenderse al círculo mayor del íris. Y de estos dos puntos pasa á los puntos intermedios. En este período la pupila se halla siempre contraida y difícilmente dilatable; y copos albuminosos vienen á nadar en el humor acuoso para depositarse sobre el íris y

obstruir parcialmente el campo de la pupila. La cámara anterior aparece como ensanchada; la inyeccion periquerática es intensa, y los vasitos rectos que la constituyen llegan hasta la misma córnea ó se detienen á cierta distancia de esta última membrana. No es raro tambien ver en la iritis intensa, entre la córnea y la esclerótica, un anillo de *color azul ó de pizarra*, que consideraba Beer como característico de la iritis artrítica, que Eble atribuia á una congestion del cuerpo ciliar, y Sichel á una estancacion sanguínea en el conducto de Fontana ó seno de Schlem.

Los *síntomas fisiológicos* están muy claros. La fotofobia es intensa; el enfermo se halla atormentado por resplandores brillantes que indican una complicacion inflamatoria ó congestiva de la retina, y hay mucho lagrimeo. Los dolores ciliares son agudos y punzantes, y sobre casi todos los ramos del trigémino, los nervios aurículo-temporal y super-orbitario principalmente, empiezan á manifestarse nevralgias violentísimas de carácter intermitente, con exacerbaciones nocturnas. Hay, por último, fiebre, insomnio, inapetencia y una agitacion muy grande en determinadas ocasiones.

Síntomas del tercer período.—Aun se agravan mas los desórdenes anatómicos y funcionales del segundo período. El íris pierde completamente su aspecto normal; se cubre de exudaciones; invaden su parenquima algunas evacuaciones sanguíneas ó purulentas, y parece como que aumenta de volúmen. La pupila resulta contraida, deforme y desigual por consecuencia de las adherencias entre la cara posterior del íris y la cápsula del cristalino. La belladona carece ya de accion sobre la abertura papilar, y si la tiene, es para derminar formas muy caprichosas. En este período se pueden producir algunos abscesitos sobre el espesor del íris. Aunque menos frecuente que por resultado de la queratitis purulenta, no es raro encontrar el hipopion. Junge (1), que ha hecho el análisis de los depósitos purulentos de la cámara anterior, ha visto en ellos glóbulos de pus, masas de fibrina coagulada y moléculas grasas.

Los *síntomas fisiológicos* tienen un grado de agudeza menor que en el período precedente. El trabajo de supuracion suele detenerse algo; pero la mejoría no es mas que pasajera. La fotofobia y el lagrimeo son con todo menos considerables, porque los rayos luminosos no pueden llegar á la retina, y por idéntico motivo la vista se extingue. Sin embargo, los dolores intraoculares y circunorbitarios son intensos, y la reaccion febril violentísima.

Resumiendo, los tres períodos están caracterizados: el *primero*, por la congestion, y por una secrecion serosa; el *segundo*, por una exudacion fibro-albuminosa, y el *tercero*, por la supuracion. Pero conviene tener presente que dichos períodos no suelen siempre sucederse de un modo regular. Por una parte, la afeccion se puede de-

(1) Junge, *Archiv für Ophthalmologie*, Band V, Abtheilung II, p. 203.

tener en el primero para no pasar de allí, y aun faltar este para encontrarse de corrida en el segundo grado. Por otra parte, las complicaciones con la coróides, la retina, la cápsula del cristalino ó la córnea, vienen tambien á interrumpir la marcha regular de la iritis y á darla una fisonomía insólita.

§ VI.—Curso, terminacion y pronóstico.

Siempre la iritis aguda ha tenido un curso rápido; porque recorre todos sus períodos en quince ó veinte dias. Cuando se la ataca de un modo enérgico mediante una terapéutica activa, puede contenerse y terminar por resolucion completa en la primera semana de la invasion de la enfermedad. Pero si no sucede así, ya por negligencia del enfermo, ya por la misma fuerza del mal, y llega al período de plasticidad y de exudacion seudo-membranosa, entonces la resolucion tarda mucho en efectuarse, aunque todavía las seudo-membranas sean capaces de desaparecer, dejando libre el campo pupilar é intactas por completo las funciones del íris. No obstante, rara vez es tan favorable la terminacion, y las desagradables consecuencias que casi constantemente acompañan á la iritis en su tercer período, comienza á observarse durante el primero. Dichas consecuencias son: falsas membranas mas ó menos gruesas que obstruyen el campo pupilar; inmovilidad, decoloracion y turgencia del íris; dislocacion hácia adelante ó hácia atrás por adherencias que unen el íris con la cápsula del cristalino ó la membrana de Descemet (*sinequia posterior y anterior*), y finalmente, una iritis que se propaga á la coróides y al cuerpo ciliar, llegando á constituir cierta enfermedad compleja que termina en estafilomas de la coróides y del cuerpo ciliar, en amaurosis y á veces en tísis del ojo, consecutiva de una *oftalmitis supurante*. En los casos menos graves, todavía la pupila es susceptible de dilatarse; pero nada mas que sobre ciertos puntos, y de un modo irregular. Y la abertura pupilar, entonces, escotada y como acuchillada, deja percibir la superficie anterior de la cápsula del cristalino, completamente opaca ó recubierta por algunas partes de unos pequeños depósitos seudo-membranosos y pigmentarios que estorban la vision, impidiendo que los rayos de luz lleguen á la retina. La mayor parte de estos fenómenos pertenecen ya á la iritis crónica.

2.° IRITIS CRÓNICA.

§ I.—Síntomas.

Sigue generalmente á la iritis aguda; pero hay tambien muchos casos de iritis crónica y primitiva. La afeccion de que hablamos se establece insensiblemente, sin dolores fuertes, sin reaccion febril y inyeccion periquerática acentuada. Con todo, los síntomas fisiológi-

cos no dejan de tener gravedad. Como en estas circunstancias suele no encontrarse mas de un ojo enfermo, la vista se conserva todavía regularmente, y el paciente apenas se percibe de los desórdenes ocurridos en su órgano. Pero luego que llega á cerrar el ojo sano, y observa que no le es posible moverse, ni distinguir los objetos colocados delante de él, entonces conoce la importancia de su enfermedad, y se dirige al médico. La iritis crónica tiene, como síntomas anatómicos, la decoloracion del íris, la contraccion del campo pupilar, y la presencia frecuente en los bordes de la pupila de puntitos condilomatosos. Tambien se observan muchas veces sobre la superficie del íris unas varicosidades vasculares, que se encuentran hácia los círculos mayor y menor, y que se dibujan bajo la forma de penachitos vasculares en el contorno de la abertura pupilar, de tal suerte que esta aparece extriada, aun faltando todo género de depósitos seudomembranosos.

No hay aquí inyeccion periquerática tan manifiesta como en la iritis aguda; los vasos de la esclerótica se hallan ligeramente inyectados, formando un círculo bastante oscuro, que se dibuja por debajo de la conjuntiva; esta no participa de la inyeccion vascular, como sucede en las formas sobreagudas, y la córnea está trasparente ó puntiaguda hácia la parte posterior, lo que indica una complicacion con la membrana de Descemet.

§ II.—Curso, duracion y terminacion.

El curso de la iritis crónica es excesivamente lenta. Algunas veces suele activarse por recrudescencias inflamatorias, dejando tras de sí deformidades mas profundas, y mas graves complicaciones. En todo caso dicha enfermedad dura mucho, y es raro que termine resolviéndose completamente. Durante las recrudescencias inflamatorias, ofrece todos los períodos de la iritis aguda, y durante los períodos subagudos ó crónicos, es una causa permanente de congestion intraocular por parte de la coróides y de la retina. De lo cual resultan estados morbosos complejos, que describiremos en los capítulos siguientes, y que llevan trás de sí la pérdida de la vista.

§ III.—De los síntomas propios de algunas variedades de iritis consideradas bajo el punto de vista de las causas que los producen.

Iritis sifilítica.—Los signos que la caracterizan no son siempre muy significativos por sí mismos, sobre todo en el principio. Muchas veces hay necesidad de recurrir á los conmemorativos y auxiliarse de los síntomas concomitantes de una sífilis constitucional para reconocer la naturaleza de la afeccion. Confesaremos, sin embargo, que hay una excepcion, y que las lesiones ocurridas en el íris, bastan, si no

para hacer un diagnóstico absoluto, al menos para reunir grandes presunciones en favor del orígen sifilítico de la iritis.

La iritis sifilítica pertenece al período de los accidentes secundarios, pero constituye uno de los síntomas mas adelantados de dicho período. Es muy raro verla comenzando la série de los síntomas característicos de la evolucion sifilítica que suceden á la úlcera endurecida. Algunas veces se manifiesta durante la primera erupcion cutánea; generalmente no se presenta sino cuando las sifílides inveteradas han invadido la piel, y aun despues que estas han desaparecido, y por excepcion suele observarse durante el tercer período de la sífilis, de suerte que parece ser un fenómeno de trasmision entre los dos últimos grados de dicha enfermedad. La iritis, como afeccion primitiva de los recien nacidos, es casi constantemente de orígen sifilítico, presentándose muy pronto, al mismo tiempo ó antes que se manifieste la erupcion en todo el cuerpo. Dixon (1) cita algunas observaciones de iritis sifilítica hechas sobre niños de tres y de cuatro meses. Hutchinson (2) la considera muy frecuente, como manifestacion de sífilis hereditaria.

En los adultos comienza casi constantemente despues de haberse hallado expuestos á la accion de fuertes frios, y bajo el influjo de agentes irritantes del órgano de la vision. Entonces se manifiesta con los síntomas de una iritis sobreaguda, á los cuales hay que añadir las lesiones propias de la afeccion. Pero no sucede así la mayor parte de las veces, porque lo general es que la irritis sifilítica afecte una marcha subaguda ó crónica desde luego. Deval cita ejemplos de iritis sifilítica, lenta é insidiosa, caracterizada solo por un ligero enturbiamiento de la vista, algo de contraccion de la pupila y la presencia de una ó de dos briditas en la márgen pupilar (3).

Cuando la iritis sigue una marcha aguda, los síntomas anatómicos y fisiológicos son en su expresion mas general idénticos á los ya indicados. Ofrecen, sin embargo, algunas modificaciones que deberemos señalar: 1.°, la *coloracion*; 2.°, la *erupcion*, y 3.°, la *deformacion*.

La *coloracion* del íris, cuando no tiene en el principio cosa alguna que la caracterice, acaba siempre por matices propios de esta variedad de iritis, siendo muchas veces parcial, como la vascularizacion. Hay en ella un carácter primitivo que nunca deberemos perder de vista: el círculo menor adquiere un color rojizo de cobre ó de violeta (4), que algunas veces se extiende mas ó menos hasta el círculo

(1) Dixon, *De l'iritis syphilitique chez les enfants* (*Ann. d'ocul*, 1853., t. XXIX, p. 122).

(2) Hutchinson, *Des différentes formes de l'inflammation de l'œil, conséquences de la syphilis héréditaire* (*Ann. de ocul.*, 1859, t. XLI, p. 43, y 1860, t. XLIV, p. 263, y *Ophtalmic Hospital Reports and Journal of the London ophthalmic Hospital*).

(3) Ch. Deval, *Note sur les affections vénériennes de l'œil et sur une forme insidieuse de l'ophthalmie syphilitique* (*Gazette médicale*, 1848, p. 2).

(4) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texte, p. 120, pl. XIII, fig. 2, 4, 5, 6.

mayor (1). Cuando el círculo se compone, en el estado de salud, de dos anillos concéntricos (2), ambos anillos se confunden formando uno solo. Al mismo tiempo que la decoloracion, suele verse aparecer en el circulito mas pequeño una crasitud tomentosa y coposa, que nunca es tan pronunciada como en la iritis sifilítica.

Erupcion.—Ricord refiere las modificaciones anatómicas del íris á las que se producen sobre la piel en los casos de sifílides. Tavignot (3) describe una iritis sifilítica flegmásica simple, y una iritis eruptiva exantemática, vesiculosa y pustulosa. La erupcion se halla caracterizada por unas pequeñas eminencias, superficiales y aplastadas en un principio, de color amarillento ó rojizo, de 1 á 2 milímetros de alto sobre 1 ó sobre 2 milímetros de ancho, y recubiertas de mayor ó menor número de vasos sanguíneos. Nacen en todos los puntos de la superficie anterior, pero con mas frecuencia al nivel de los dos círculos del íris. Sichel (4) piensa que pueden llegar á ser asiento de un absceso, y abrirse en la cámara anterior.

Colbert (5) ha demostrado que en un principio estaban constituidas del mismo modo que los tumores gomosos, es decir, que contienen elementos celulares de nueva formacion, y multitud de núcleos libres, sumergidos en medio de una masa blastemática. Alert niega igualmente que sean susceptibles de trasformarse en focos purulentos, oponiéndose al concepto de Sichel.

La *deformacion* de la pupila hácia arriba y hácia dentro no se admite ya como carácter de la iritis sifilítica. Beer habia considerado dicha deformidad como patognomónica; pero Sichel mismo, gran partidario de las ideas de Beer, al demostrar que era frecuente, no la constituia en signo especial de la iritis sifilítica.

Síntomas fisiológicos y generales.—Entre todos los signos fisiológicos comunes á las iritis, sea cualquiera su causa, se ha atribuido al dolor cierta importancia respecto del diagnóstico; pero además de que el dolor no es constante, nótase que los dolores de la iritis en general tienen exacerbaciones nocturnas. No sucede lo mismo con los síntomas cutáneos de la sifílides. Estas existen casi constantemente, y las formas en que suele observarse son: erupciones pustulosas, papulosas ó escamosas, y ulceraciones de la garganta.

Esta afeccion, abandonada á sí misma, jamás retrocede. No se verifica siempre con igual rapidez la desorganizacion del ojo y la pérdida de la vista; pero aunque estos resultados tengan lugar con lentitud, no por eso son menos positivos. En vez de extinguirse la iri-

(1) Id., *ibid.*, pl. XIII, fig. 5.
(2) Id., *ibid.*, pl. XIII, fig. 1, y 3.
(3) Tavignot, *De l'iritis syphilitique* (*Gazette des hôpitaux*, p. 1848, p. 225 y 261).
(4) Sichel, *Observations sur les effets secondaires de l'iritis syphilitique dans l'œil* (*Gazette des hôpitaux*, 1833, p. 126).
(5) Colbert, *Archiv für Ophthalmologie*, Band VIII, Abtheilung I, p. 288.

tis sifilítica, dice Mackenzie (1), ó determina sencillamente por oclusion de la pupila, continúa extendiéndose de un ojo á otro, hasta que la totalidad del órgano es invadida por proceso desorganizador que apenas deja huella de la textura nornal de las partes. En los casos extremos, el cristalino y el cuerpo vítreo desorganizador se convierten en una masa pultácea que puede verse salir, en fin, bajo forma de puntos blanquecinos á través de la coróides y de la esclerótica á falta de todo tratamiento ó con un plan insuficiente. Este estado va unido á dolores agudos en los ojos y la cabeza, con fiebre y debilidad general, ó con una deformidad tal que obliga á hacer la extirpacion del ojo.

Iritis gonorréica.—La iritis gonorréica (2) aparece durante el curso de la blenorragia, y cosa notable, va casi constantemente precedida de dolores articulares. Los caractéres principales que la distinguen, son la abundancia con que fluye el humor acuoso, su marcha rápida, su forma frecuentemente inflamatoria, y la facilidad con que cede á los antiflogísticos. Es una de las formas mas graves en la apariencia, y mas sencilla de curar en realidad.

Iritis escrofulosa, iritis artrítica.—Haciendo abstraccion del estado general del enfermo sobre que se desarrollan, es imposible determinar síntoma alguno anatómico ó funcional que las corresponda. Si estuviese demostrado que se desarrollan tubérculos en medio de los tejidos del íris, como en los pulmones, tendríamos con este solo hecho un carácter de bastante importancia para utilizarlo segun conviniera; pero las observaciones referidas por el doctor Jacob no son concluyentes (3). En cuanto á la iritis artrítica, los síntomas que se la atribuyen, es decir, la turgencia del ojo, y el desarrollo exagerado de los vasos externos, pertenecen mas bien á una iritis complicada de congestion coróidea que á una iritis sencilla. En concepto de Mackenzie, el *anillo blanco azulado* de que hablamos antes, y que rodea á toda la córnea, tiene menos valor del que se le ha atribuido, pues que aparece en la mayor parte de las iritis que padecen las personas de avanzada edad.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* absoluto de las iritis ofrece muy pocas dificultades. Coloracion anormal del íris, encogimiento de la pupila, depósitos seudo-membranosos, inyeccion periquerática y dolores circunorbitarios: hé aquí el conjunto de síntomas que la distinguen de la queratitis y de la inflamacion de las membranas profundas. Empleando el alumbrado oblícuo, es muy fácil conocer que la nube de la córnea, observada alguna vez en las iritis, pertenece á la oscuridad del hu-

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 20.
(2) Véase Valleix, t. IV, p. 758.
(3) Testelin y Warlomont, *Note* à Mackenzie, t. II, p. 42.

mor acuoso, y de ninguna manera á las alteraciones de dicha membrana. Por otra parte, tambien hay que observar que en la queratitis simple, ni existe decoloracion del íris, ni contraccion pupilar, ni depósito seudo-membranoso. En los siguientes capítulos colocaremos un cuadro del diagnóstico de la iritis con la coroiditis y la retinitis. Pero no basta reconocer dicha enfermedad, sino fijar la causa que haya podido determinarla. Bajo este punto de vista, la única utilidad verdaderamente práctica consiste en distinguir la iritis sifilítica de cualquier otra que no tenga igual procedencia.

Diagnóstico de la iritis sifilítica, y de las demás variedades de iritis.

1.° IRITIS SIFILÍTICA.	OTRAS VARIEDADES.
Síntomas anteriores ó concomitantes de erupcion sifilítica cutánea ó mucosa; principio generalmente insidioso; inflamacion aislada muchas veces; color cobrizo en grandes y pequeños círculos; erupcion condilomatosa, aplastada primero, y despues prominente; marcha fatalmente progresiva; recaidas fáciles, tratamiento específico muy eficaz.	Nada de erupcion cutánea; principio brusco generalmente; inflamacion siempre difusa; ausencia de color cobrizo; tumores irídicos excesivamente raros; la enfermedad puede retroceder, aunque no se la sujete á plan determinado, si carece de intensidad desde el principio; tratamiento incierto, sobre todo en las formas crónicas.

Lo que hemos dicho acerca de la marcha, terminacion y complicaciones de la iritis aguda y crónica, indica suficientemente la *gravedad* del pronóstico. Pero se halla este subordinado de tal modo al tratamiento, que si la enfermedad no procede de una queratitis ulcerosa con perforacion de la córnea, ó de una accion vulnerante muy intensa, casi siempre se pueden impedir los progresos de sus manifestaciones agudas por medio de una medicacion enérgica. Lo que de ningun modo sucede con la iritis crónica. Esta última afeccion, como las demás enfermedades crónicas, modifica hasta tal punto los elementos anatómicos del íris, que llegan á adquirir, por espresarnos de este modo, un nuevo estado normal contra el que nada puede realizar la terapéutica mas variada. Debemos exceptuar, sin embargo, á la iritis sifilítica que cede generalmente con gran facilidad al tratamiento específico.

§ V.—Tratamiento.

I. **Iritis aguda.**—1.° *Antiflogísticos.*—En los primeros dias de toda iritis aguda, conviene siempre hacer buenas emisiones sanguíneas, y aun repetirlas frecuentemente. La mayor parte de los prácticos están de acuerdo en este punto, separándose solo en la manera de aplicar dicho recurso terapéutico; pues mientras los unos prefieren evacuaciones sanguíneas locales, los otros aprecian mas recurrir desde luego á flebotomía del brazo. Hablando en general, y prescindiendo de ex-

cepciones, siempre bastarán dos ó tres sangrías de 300 á 400 gramos, practicadas durante el primer dia, ó repetidas con veinticuatro horas de intervalo, si al mismo tiempo se ha tenido cuidado de aplicar cierto número de sanguijuelas, según la edad y resistencia del enfermo, alrededor de la órbita, á la region temporal ó al ángulo interior de los párpados. Algunos médicos tienen la costumbre de no colocar sino dos ó tres sanguijuelas á la vez, y de reiterar con frecuencia la aplicacion, procurando favorecer el flujo de sangre por medio de compresas de agua tibia.

2.° *Midriásicos.*—El primer tratamiento que debe emplarse despues de la sangría, es el de los midriásicos. Solo en circunstancias excepcionales podremos prescindir de la belladona, y del sulfato de atropina, cuando se discuta acerca de la terapéutica de la iritis. Siempre que se consulte (1) respecto de una iritis muy intensa, donde el diafragma ocular esté profundamente modificado en su estructura, la pupila cerrada por una exudacion abundante, y el sugeto padeciendo acerbos dolores, podrán considerarse contraindicados los midriáticos, y además serán inútiles porque no responderán al objeto propuesto, que es dilatar la pupila. El íris de este modo inflamado se ha de manifestar constantemente insensible al influjo de las preparaciones de belladona colocadas entre los párpados, usadas en fricciones sobre la region peri-orbitaria ó administradas interiormente. Aun en la especie son perjudiciales los midriásicos, porque los esfuerzos estériles que hace el íris para dilatarse, engendran en el seno de dicha membrana un aumento de la flegmasía, y una gravedad mayor de los dolores que produce. De lo cual resulta, que solo al principio de la iritis, y en las formas subagudas y crónicas es cuando la belladona calma los dolores y corta las adherencias del íris por delante del cristalino. Al administrar la belladona es preciso preferir las dósis elevadas, porque segun ha demostrado Graefe, no actúa la atropina, sino á condicion de ser absorbida, y de quedar en contacto con los nervios ciliares, y porque la tension intra-orbitaria impide precisamente que pueda absorberse. Se prescribirán 5 centígramos de sulfato de atropina disueltos en 10 ó 20 gramos de agua destilada, instilando dos ó tres gotas de esta disolucion entre los párpados, hasta que se dilate el íris.

3.° *Mercuriales.*—El uso de los mercuriales se debe aconsejar para combatir todas las variedades descritas. Los calomelanos administrados interiormente en dósis fraccionadas, producen una revulsion ventajosísima sobre los intestinos y sobre las encías cuando es posible determinar un principio de salivacion. El ungüento mercurial belladonado en fricciones alrededor de los párpados llena igual objeto.

Los *opiados* se recomiendan asímismo para calmar los dolores ocu-

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 296.

lares, pudiendo servir bajo diferentes formas. Emile Martin (1) propone la siguiente:

Extracto de acónito.....	5 centígr.	Valerianato de zinc.........	15 centígr.
Extracto de opio........	5 centígr.		

Mézclese y háganse tres píldoras, para tomar durante el dia.

4.° Los antiflogísticos y mercuriales no se deben emplear indistintamente contra todas las variedades de iritis. El doctor Mooren (2) indica sus inconvenientes en ciertos casos en que ataca dicha enfermedad á sugetos debilitados, y en qué pasa á la supuracion de un modo fácil. Aplicando compresas calientes sobre el ojo y dando preparados de quina interiormente, se detiene la generacion de células de pus, que activaria, por el contrario, la medicacion antiflogística.

II. *Iritis crónica.*—Aquí no están indicados los antiflogísticos sino en los períodos de recrudescencia inflamatoria. Cuando haya intervalos de reposo, habrá que insistir con revulsivos cutáneos, como vejigatorios á la nuca; mantener el vientre limpio por medio de frecuentes purgas, y continuar las fricciones de mercurio y belladona, alrededor de la órbita. En todo caso, el ojo debe sujetarse á un reposo completo.

III. *Iritis sifilítica.*—A pesar de lo específico de la afeccion, no conviene limitarse al uso de los mercuriales, cuando lleva la iritis un curso agudo; porque antes de que los mercuriales produzcan efecto, ya podrán haberse presentado alteraciones contra las cuales carezcan de accion. Segun esto, se principiará con un tratamiento antiflogístico, proporcionado á la intensidad de la inflamacion, y despues se administrarán los mercuriales. Mackenzie (3) prefiere entre todos ellos á los calomelanos, reunidos con el opio, y ordena el uso de las siguientes píldoras hasta que se presente la salivacion:

Calomelanos.........	10 centígr.	Opio..................	1 á 5 centígr.

Para hacer una sola píldora. El enfermo tomará de estas tres al dia.

El proto-ioduro de mercurio, bajo la dósis de 4 á 5 centígramos durante las veinticuatro horas, podrá sustituir muy bien á los calomelanos. Sichel (4) recomienda como mas ventajoso el bicloruro de mercurio en la forma siguiente:

R. Bicloruro de mercurio..	15 centígr.	Extracto de regaliz.......	C. S.
Agua destilada........	algunas gotas.		

Háganse 50 píldoras; para tomar una por mañana y tarde, aumentando otra todos los dias hasta llegar á tres y cuatro por mañana y tarde.

(1) Emile Martin, *Traité médical pratique des maladies des yeux*, p. 148.
(2) Mooren, *Die vermehrten Gefahren einer Hornhautvereiterung bei der Staaroperation*. Berlin, 1862, y *Ann. d'oculistique*. Bruxelles, 1862.
(3) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 25.
(4) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texte, p. 89.

Tambien pueden aprovechar ventajosamente 1 ó 2 gramos al dia de *ioduro de potasio*, cuando no se pueda tolerar el mercurio ó cuando los enfermos estén demasiado débiles.

Trementina.—Wharthon-Jones aconseja este medicamento, preconizado ya por Hugh Carmichael (1), y admitido por Mackenzie, y la mayor parte de los autores ingleses, como el mejor medio de oponerse á la iritis sifilítica, cuando no llena su objeto el mercurio (2). Lo emplea en la dósis de 4 gramos cuatro veces por dia; pero Foucher, traductor y comentador de Wharton-Jones, solo ha obtenido de la trementina pequeñas ventajas.

Medios quirúrgicos.—Cuando la tension intra-ocular sea considerable, existiendo mucho pus derramado en la cámara anterior, y algunas sinequias muy incómodas para la vista, será preciso recurrir á operaciones quirúrgicas bastante delicadas, entre las cuales figuran por su mayor importancia la puncion de la córnea y la iridectomía. De Graefe puso de moda la iridectomía en Alemania, donde ya cuenta gran número de partidarios.

Régimen é higiene.—Durante el tratamiento de toda iritis aguda convendrá que el enfermo observe un régimen severísimo; y en el curso de la iritis crónica habrá que suprimir los estimulantes. El ojo estará en el reposo mas completo, y al abrigo de una luz demasiado viva, y el paciente se deberá privar de lecturas prolongadas y de labores sobre objetos pequeños, sobre todo con luz artificial.

3.° ALTERACIONES FUNCIONALES DEL ÍRIS: MIDRIASIS, MIOSIS Y ESTREMECIMIENTOS DEL ÍRIS.

El íris se compone de elementos contractiles que corresponden, en el hombre, á las fibras celulares, y que afectan dos variedades: unas circulantes y abundantes, en el nivel del circulito menor, presiden á la contraccion de la pupila y se hallan animadas por el nervio motor ocular comun que envia ramificaciones al gánglio oftálmico; otras, radiadas, sirven para dilatar la pupila y derivan su accion de los filetes del gran simpático. Cuando cualquiera de ambos órdenes de fibras, funciona parte del otro, entonces resulta una estrechez ó una dilatacion de la pupila. La estrechez recibe el nombre de *miosis*, y la dilatacion el de *midriasis*.

a. MIDRIASIS.

Generalmente, esta afeccion no es mas que un síntoma, y su historia pertenece mejor á la patología general que á la especial. Sin

(1) Hugh Carmichael, *Observations on the efficacy of Turpentine in the venereal and other deep seated, Inflammation of the Eye*, etc. Dublin, 1829.
(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 229.

embargo, pueden ser primitiva é idiopática, y bajo este concepto merecer que se hable de ella.

Division.—Es sintomática, simpática ó idiopática. La midriasis sintomática resulta de una alteracion del nervio motor ocular comun, ó bien de una lesion intra-ocular que interese los nervios ciliares mismos ó que se posesione, como suele suceder, de la retina ó del nervio óptico. En este último caso, no percibiéndose la sensacion luminosa, ya no tienen lugar los fenómenos reflejos que solicitan la estrechez, y la dilatacion de la pupila viene á ser de carácter permanente. Cuando quedan intactas las fuerzas que presiden á la contraccion pupilar, todavía puede esta efectuarse por consecuencia de una irritacion de los filetes del gran simpático que solicitan de un modo exagerado la contraccion de las fibras radiados. Y esto es lo que se observa cuando se corta al gran simpático por la region del cuello (1), y lo que puede verse tambien en el principio de la ataxia locomotora y en las inflamaciones de la region cilio-espinal de la médula donde nace la parte de gran simpático, cuyo influjo se deja sentir en la pupila. Dicha region está localizada entre el primer par cervical y el sesto dorsal inclusive (2). La midriasis que se presente durante el período comatoso de cualquier ataque de epilepsia, procede sin duda de una congestion de dicha parte de la médula.

La *midriasis simpática* nace lejos del centro óptico y resulta de irritaciones nerviosas en los nervios de la sensibilidad general ó en los de la vida orgánica. Las úlceras de las cejas y de las sienes, que interesan el trigémino (3), y las nevralgias trifaciales (4), están consideradas como causas de midriasis. Los estreñimientos pertinaces, la presencia de lombrices intestinales y los desórdenes de la menstruacion llevan consigo la dilatacion de la pupila. En estas dos circunstancias habrá probablemente una sobrexcitacion funcional por influjo reflejo de las fibras del gran simpático sobre las fibras radiadas del íris.

Midriasis idiopática es aquella que no reconoce causa alguna local ó derivada, susceptible de haberla dado orígen. Se desenvuelve ordinariamente en los sugetos extenuados por enfermedades, entregados á la masturbacion ó que abusan del tabaco, el cual obra entre ciertos límites del mismo modo que la belladona.

§ I.—Síntomas.

La dilatacion de la pupila es el signo anatómico de la midriasis. Esta puede ser parcial ó general, completa ó incompleta. Cuando es completa el íris solo está representado por un pequeño rodete circu-

(1) Claudio Bernard, *Leçons sur la système nerveux.*
(2) Budge y Waller, *Mémoires de l'Institut,* 1851.
(3) Brodie, *Medico-chirurgical Transactions,* 1828, vol. XIV, p. 354.
(4) *London medical Gazette,* vol. XII, p. 68.



lar. Sus síntomas fisiológicos, siempre que la retina y el nervio óptico queden intactos, consisten en alucinaciones y en la formacion de círculos de difusion; y en cuanto á los objetos próximos parecen sobre todo turbios y confusos. Es raro que ambos ojos se afecten á la vez; pero la enfermedad suele pasar de un ojo á otro y aun manifestarse periódicamente.

§ II.—Diagnóstico y pronóstico.

Lo que mas importa averiguar es la naturaleza de la midriasis. Cuando se considera sintomática de una lesion de la retina, del nervio óptico, ó en una palabra, de una amaurosis, lleva consigo toda la gravedad del pronóstico de esta última afeccion; cuando es sintomática de una lesion del tercer par ó simpática de una alteracion lejana, cura muy fácilmente, sobre todo en su última variedad. La midriasis sintomática de una lesion del tercer par se distingue por los síntomas concomitantes, caida del párpado y estrabismo externo. La midriasis simpática ó idiopática nunca va acompañada de estrabismo ni de ptosis, percibiéndose todavía en ella los rayos luminosos, aunque de un modo confuso y dibujando los objetos con toda limpieza cuando mira el enfermo á través de una agujero pequeño, practicado en un naipe. Este carácter tiene muchísima importancia.

§ III.—Tratamiento.

En el caso de midriasis sintomática ó simpática de una lesion distante, toda la terapéutica se funda en los medicamentos que reclama la curacion de las lesiones. Cuando el mal es idiopático, puede curar espontáneamente, al cabo de seis meses, ó de un año (1); pero cede con mayor rapidez en el momento que se le sujeta á un plan adecuado.

Los *tónicos*, los *amargos* y los *ferruginosos* convienen perfectamente tratándose de sugetos débiles.

La *estricnina*, en dósis de 1 á 10 milígramos sobre un vejigatorio, ha sido objeto de gran recomendacion por parte de Mackenzie. Guthrie usa 6 á 8 decígramos de veratrina disueltos con 30 gramos de alcohol, para friccionar los párpados (2).

Deval (3) ha ensayado con cierto éxito el uso del opio, que tiene la propiedad de contraer la pupila.

Kochanowski (4) y otros observadores, particularmente Hai-

(1) Demours, *Philosophical Transactions*, vol. Cl. p. 378.
(2) Guthrie, *Medical Times*, March 9th 1844, p. 409.
(3) Deval, *loc. cit.*, p. 396.
(4) Kochanowski, *Emploi du seigle ergoté dans la mydriase idiopathique* (*Arch. génér. de méd.*, 1838, 3.ª série, t. III, p. 351).

rion (1), atribuyen gran utilidad al centeno cornezuelo tomado como rapé ó ingerido en el estómago; pero lo cierto es que no siempre produce igual éxito.

Serre (de Uzés) aconseja tocar la córnea cerca de su punto de union con la esclerótica, por medio de un lápiz de nitrato de plata bien afilado, manteniéndole fijo durante un segundo. Cuatro casos satisfactorios obtuvo la comision encargada de comprobar el trabajo de Serre, de Uzés (2).

Desmarres (3), de Graefe y Grommüller, recomiendan que lea el enfermo caractéres microscópicos y que cierre y abra los párpados con mucha rapidez.

El *haba del Calabar*, este miósico por excelencia, ha prestado ya y de seguro que continuará prestando eminentes servicios. Segun Harley, se puede emplear el polvo interiormente en dósis de 5 á 30 centígramos, comenzando por 5 y aumentando poco á poco. Su extracto, disuelto con glicerina y extendido en papelitos graduados obra perfectamente.

b. MIOSIS.

Nace en condiciones enteramente opuestas á las que producen la midriasis, *siendo sintomática* de una inflamacion de la retina que reacciona sobre el motor comun, ó de una irritacion encefálica extensible á la base del cerebro en el punto de emergencia del tercer par. Puede ser simpática de una lesion intestinal de larga duracion, y se observa con mucha frecuencia en casos de ataxia locomotriz avanzada (4). Gairdner (5) y Willebrand (6) han referido ejemplos de miosis simultánea con tumores cervicales que interesaban probablemente las ramas cervicales del gran simpático; y estos mismos hechos concuerdan con otros experimentos practicados sobre animales, donde produciéndose en el principio la dilatacion de la pupila por medio de la seccion del simpático en la region cervical, acaba siémpre convirtiéndose en una pronunciadísima estrechez. Finalmente, la costumbre de trabajar sobre objetos muy pequeños, próximos y poco alum-

(1) Hairion, *Rapport sur les mémoires envoyés au concours de* 1851-1853, *sur la question suivante: Exposer l'influence respective des différents nerfs sur les mouvements de l'iris (Annal. d'oculist.*, 1855, t. XXXIII, p. 41).

(2) Serre (de Uzès), *De la cautérisation de la cornée pour corriger d'une manière prompte et sûre les altérations de la vue avec dilatation des pupilles (Arch. génér. de méd.*, 1828, 1.ª série. t. XVII, p. 307).

(3) Desmarres, *loc., cit.*, t. II, p. 499.

(4) Trousseau, *Nouveau Dictionaire de médecine et de chirurgie pratiques*, artículo ATAXIE.—Véase A. Voision, *Phénomènes oculo-pupillaires dans l'ataxie locomotrice (Gazette hebdomadaire*, 1864).

(5) Gairdner, *Manual of the nervous diseases, of man*, 1855, vol. II, p. 299.

(6) Willebrad, *Observation de myosis comme preuve pathologique de l'influence du sympathique sur les fibres radiées de l'iris (Annal. d'oculist.*, 1854, t. XXXII, página 266).

brados, puede determinar una miosis idiopática. Sus *síntomas* consisten en la disminucion del campo visual, cuando no hay alteracion de la retina y del nervio óptico.

El *tratamiento* nada tiene de positivo. Dejando la vista descansar, si fuere un trabajo exagerado lo que produjo la afeccion, se conseguirá mucho mas que con el uso de los midriáticos, casi siempre ineficaces.

c. TEMBLOR DEL ÍRIS.

A consecuencia de la operacion de la catarata, suelen observarse luxaciones y absorciones del cristalino y tal vez una liquefaccion del cuerpo vítreo. Pero esta enfermedad, por mas que hasta hoy pueda considerarse como incurable; no lleva consigo sino muy escasas alteraciones al acto de la vision.

CAPÍTULO VIII.

Enfermedades del cristalino y del cuerpo vítreo.

Solo con objeto de marcar el lugar que las corresponde, hablaremos ahora de las afecciones del cristalino y del cuerpo vítreo. Unas tienen extraordinaria importancia, pero su tratamiento es quirúrgico esencialmente; otras apenas se conocen, y de aquí que el plan á que deban ajustarse sea muy reducido. Sin perjuicio de todo esto, conviene mencionarlas, aunque no alcancemos otro resultado que el de conocer los trastornos visuales dependientes de ellas.

Todas las *enfermedades del cristalino* se resúmen en la catarata, si hacemos abstracion de algunas lesiones completamente accidentales y determinadas, ya por dislocaciones del cristalino, ya por la presencia en su mismo tejido de algunos entozoarios: la *Filaria oculi humani*, y el *Distoma ophthalmobium*, observados y descritos por Nordmann (1) y Gescheidt (2), y el *cisticerco*, cuya presencia en el cristalino fué demostrada por de Graefe y Liebreich. En la tésis de Louis de La Calle (3), y en la obra de Davaine (4) hallaremos una exposicion de la mayor parte de los hechos publicados por A. de Graefe (5)

(1) Nordmann, *Mikrographische Beitrage zur Naturgeschichte der Wirbellosenthiere*, Berlin, 1832, Heft I, y *Archives de médecine comparée*, por Rayer. Paris, 1843, fasc. 2, p. 67.

(2) Gescheidt, *Die Entozoen des Auges, eine naturhistorische ophthalmologische Skizze (Ammon's Zetschrift für die Ophthalmologie*. Dresden, 1833. Band III, S. 405).

(3) Louis de la Calle, *De l'ophthalmologie*, tésis de doctoral, Paris, 1856, p. 65 y siguientes.

(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*. Paris, 1866, p. 733, y fig. 31, p. 741.

(5) De Graefe, *Archiv für Ophthalmologie*, Band I, Abtheilung II, S. 343.—*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1865, n.º 18.

y por Liebreich. Ambos autores han representado á imitacion de Graefe el cisticerco del cuerpo vítreo visto con el oftalmóscopo.

Aquí nos contentaremos con decir solo algunas palabras acerca de la historia de la catarata.

ARTÍCULO PRIMERO.

CATARATA.

§ I.—Definicion y causas.

La catarata consiste en una *opacidad* de las partes constitutivas del aparato del cristalino. Todos sabemos ya que es mas frecuente entre los hombres que entre las mujeres, y entre ancianos más que entre adultos; pero nada hay de positivo, dígase lo que quiera acerca de ello, sobre el influjo de los climas y de las profesiones.

La naturaleza íntima del trastorno que produce la catarata fué siempre y aun está siendo hoy objeto de controversias. Antiguamente se creia en la coagulacion de la albúmina por medio de un ácido (1); y Castorani (2) la atribuye á una imbibicion del cristalino por el humor acuoso. Por los experimentos de Kunde (3) tienden á demostrar ideas completamente distintas. En efecto, de las investigaciones de este último resulta que aumentando la proporcion de los materiales sólidos de la sangre y principalmente de las sales, puede originarse cuando se quiera una catarata en cualquier animal. Cusco, cuyas opiniones se han reproducido en la tésis de Dubarry (4), invoca, como causas de la catarata de los ancianos, algunas alteraciones de la circulacion coróidea, la atrofia y la degeneracion grasienta de la referida membrana. Finalmente, hoy se considera la catarata como resultado de un vicio de la nutricion general ó local (5). Y partiendo de esta idea es como únicamente podremos darnos ahora cuenta de la produccion de cataratas en la *diabete sacarina* (6), *el ergotismo* (7) y el *marasmo senil*. En todos estos diferentes estados del organismo, ó la circulacion intra-ocular se halla interrumpida por una degeneracion de los vasos, ó la sangre ha llegado á hacerse pobre, quedando mas ó menos en condiciones parecidas á la de los animales de Kunde. Y

(1) Leroy (de Étiolles), *Sur la formation de la cataracte*, tésis de Paris, 1824.
(2) Castorani, *Mémoire sur les causes de la cataracte lenticulaire (Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 623 y 692).
(3) Kunde; *Zeitschrift für wissensch. Zoologie von* Kölliker u. Siebold, 1857, Band VIII, Heft IV, S. 466.
(4) Dubarry, *Recherches sur la cataracte*, tésis de Paris, 1859, n.° 129.
(5) *Nouveau Dictionaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, artículo CATARACTE.
(6) Lécorché, *De la cataracte diabétique (Archives générales de médecine*, 1861, 5.ª série, t. XVII, p. 592 y t. XVIII, p. 64.
(7) Lohmeyer, *Zeitschrift für rationnelle Medecin*, 1854, t. V, p. 89.

á esta etiología, hay que añadir la inflamacion, puesto que es indudable que las heridas de la cristalóides dan por resultado la alteracion de la trasparencia de los medios visuales, que comienza siempre inflamando la membrana que rodea al cristalino; hecho perfectamente probado en el desarrollo de las cataratas secundarias y en los experimentos de Mœrs y de Ritter (1), llevados á efecto con el único fin de provocar artificialmente la inflamacion del cristalino. El conocimiento de la posibilidad de una catarata de orígen inflamatorio es importantísimo, porque á esta última variedad es á quien deben referirse los muy escasos ejemplos que han podido presentar Wardrop y Donders (2) de cura expontánea de la catarata.

§ II.—Anatomía patológica y division.

Bajo el punto de vista anatómico, se dividen las cataratas en diferentes variedades: 1.°, *cataratas capsulares, lenticulares* y *capsulo-lenticulares;* 2.°, *cataratas secundarias*, que casi siempre con capsulares; 3.°, *cataratas falsas*, que no son otra cosa sino falsas membranas desarrolladas sobre la cápsulas, y de las cuales hablaremos ya en el artículo IRITIS. De todas las discusiones á que han dado lugar las cataratas capsulares resulta que la cápsula conserva siempre su diafanidad, aunque existan en ella depósitos que disfracen sus caractéres propios. Dichos depósitos pueden ser depósitos vítreos, degeneraciones grasas epitélicas, ó depósito de sales calizas, carbonatos y fosfatos de cal.

Las *cataratas lenticulares*, ya sean *líquidas*, ya *blandas* ó *duras* están caracterizadas por alteraciones idénticas con corta diferencia. Las fibras y las células del cristalino se llenan de una materia granulosa ó de gotitas grasas, ó se incrustan, por decirlo así, de sustancias calizas. Los cuerpecitos grasos y los líquidos intersticiales abundan mucho más en las cataratas blandas; pero en las cataratas duras predominan los corpúsculos sólidos granugientos y la esclerosis de los tubos.

§ III.—Síntomas.

El cristalino de los ancianos se vuelve opaco muchas veces hácia su circunferencia, sin que esta opacidad tenga para la vista resultado alguno desagradable.

(1) Ritter, *Archiv für Ophthalmologie*, Band VIII, Abth. I.
(2) Donders, *Nederlandsch Lancet*, n.° 9, 1854.

1.° *Signos distintivos de la catarata normal estacional senil* (gerontoson del cristalino) *y de la catarata incipiente.*

CATARATA INCIPIENTE.	CATARATA ESTACIONAL.
1.° Generalmente, la opacidad ecuatorial dirije hácia el centro del cristalino estrías radiadas, aunque estas opacidades aparezcan sin dilatacion prévia de la pupila.	1.° La opacidad ecuatorial se halla limitada á la circunferencia del cristalino, y nunca es visible sino despues de dilatada la pupila.
2.° Estas estrías ofrecen cierta longitud, pudiendo apreciarse con el alumbrado oblícuo, el cual es capaz de determinar su color, su extension y aun los límites de su contorno.	2.° Faltan las estrías opacas.
3.° Además de las estrías, suelen observarse opacidades centrales de varias formas.	3.° Ausencia de opacidades centrales.

Antiguamente se insistia mucho sobre el diagnóstico de la catarata por comparacion con el de amaurosis y el glaucoma, pero los signos objetivos de las opacidades del cristalino han hecho que desaparezcan todas las dificultades. La oftalmoscopia debe reducirse generalmente al uso del alumbrado oblícuo; porque el alumbrado directo, con el reflector cóncavo y la lente, tiene demasiada intensidad en virtud á que los rayos de luz atraviesan las opacidades pequeñas, impidiendo caracterizarlas. El cuadro siguiente compara la catarata con la amaurosis, haciendo resaltar su diferencia. (En el artículo LAUCOMA, expondremos los caractéres distintivos de la catarata y del glaucoma. (Véase ENFERMEDADES DE LA CORÓIDES, p. 995.)

2.° *Signos distintivos de la catarata y de la amaurosis.*

CATARATAS.	AMAUROSIS.
1.° *Signos objetivos.*—El enfermo de catarata anda de un modo especial; baja la cabeza y se tapa los ojos para interceptar los rayos luminosos y dilatar la pupila. Dichos ojos tienen una direccion completamente normal.	1.° El amaurótico mira siempre hácia adelante y hácia arriba; su cabeza está inmóvil; tiene un aire de atontamiento; sufre muchas veces un ligero estrabismo y afecta cierta incertidumbre respecto de los movimientos oculares.
El íris se dilata y contrae perfectamente, y la belladona actúa sobre él sin la menor dificultad.	La pupila aparece dilatada y perezosa; y la belladona solo influye en ella con bastante lentitud.
Colocando una bujía delante del ojo (procedimiento de Sanson) debe este reflejar las imágenes de ella: una derecha anterior, debida á la córnea; una central invertida, emanada de la cara posterior del cristalino, y una derecha posterior debida á la cara anterior del cristalino. Si una ú otra de las dos últimas imágenes faltare, existirá la catarata.	Generalmente, las tres imágenes resultan con claridad.

El alumbrado oblícuo descubre las opacidades (signo patognomónico).	Ausencia completa de opacidad y algunas veces color amarillo, pero que no intercepta los rayos de luz.
2.° *Signos subjetivos.*—El enfermo de catarata pierde poco á poco la vista, sintiendo una nube, una telilla ó una gasa que se interpone entre su ojo y los objetos. La alteracion de la vista, resulta proporcionada á la opacidad.	2.° La amaurosis invade la mayor parte de las veces bruscamente. El enfermo de ella ve, en lugar de nubes, manchas negras, que á lo oscuro se vuelven luminosas.
El enfermo de catarata vé mejor en una mediana oscuridad.	El amaurótico busca la luz.
Los objetos alumbrados le parecen oscurecidos y turbios. No es raro que se observe una dipoplia monocular.	Los objetos alumbrados le parecen irisados, rotos y radiantes. Es muy raro que haya dipoplia monocular.
Los dolores orbitarios ó circumbitarios son poco intensos.	Estos dolores afectan muchas veces á los amauróticos.

Los signos objetivos bastan sin duda para reconocer una catarata, pero no siempre es fácil averiguar si se halla ó no complicada con una amaurosis en los períodos avanzados. Los medios á que deberemos recurrir, dada la imposibilidad en que nos encontramos de hacer un exámen oftalmoscópico del fondo del ojo, serán por consiguiente algunos signos que suministre el estado visual: 1.° La alteracion de la vista debe ser proporcional al grado de la opacidad, cuando la catarata sea sencilla. 2.° Un individuo atacado de catarata completa, aun conserva sensaciones de los objetos muy alumbrados, y reconoce la presencia y la falta de una luz que se coloque á una distancia suya de 10 ó 20 pies. La investigacion de las fosfenas (véase p. 725) podrá producir igualmente algunos datos importantes.

Bajo el punto de vista de la eleccion de un procedimiento operatorio aplicable á la catarata, es preciso conocer anticipadamente si la naturaleza de su especie, y por lo tanto si es *líquida, blanda* ó *dura*. La catarata de los ancianos, cuyo aspecto es empañado, uniforme, ambarino ó verde, y cuyo volúmen tiene poca consideracion, es generalmente *dura*. En los adultos, la disposicion de las opacidades en forma de estrías, estrellas y barras de reflejo nacarado y de gran volúmen, indican desde luego la existencia de la *catarata blanda*. Finalmente, las opacidades de color blanco lechoso, uniformes, voluminosas y salientes propias de la pupila de los niños, de los diabéticos y de los enfermos por consecuencia de traumatismos, llevan consigo la *catarata líquida*.

Bajo el punto de vista médico, es indispensable distinguir una catarata líquida capsular de una catarata lenticular. La capsular solo puede exigir un plan médico.

3.° *Signos distintivos de las cataratas capsulares y lenticulares* (Desmarres).

CATARATAS CAPSULARES.	CATARATAS LENTICULARES.
Opacidad extensible á una parte de la superficie del aparato del cristalino, yendo casi siempre precedida de una inflamacion.	Opacidad extensible desde el centro á la circunferencia ó en sentido inverso, sin inflamacion preexistente.
Manchas constantemente de color blanco mate y cretáceo, formada de placas rugosas reunidas sin órden, y presentando asperezas que sobresalen en la superficie de la membrana. Ninguna estría regular.	Mancha gris, verde, negra, blanca ó ambarina, surcada de estrías que convergen todas hácia el centro de la lente, y que son completamente lisas en la superficie. En la catarata líquida, son trasversales las estrías, cuando se las deja en reposo.
La catarata capsular permanece estacionada y limitada á menos que persista la inflamacion.	La catarata lenticular, invade poco á poco todo el cristalino.
Volúmen pequeño y forma aplastada.	Volúmen grande ó pequeño, pero forma convexa.
Íris rara vez movible, muchas veces adherente é inclinado hácia atrás, nunca agitado por oscilaciones.	Íris ó móvil ó inmóvil, sin adherencias, saliente á veces hácia delante ó agotado por oscilaciones excepcionalmente.
Sombra casi nula, cuando hay adherencias; exageradas cuando no las hay.	Sombra ancha nula.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Toda opacidad del cristalino progresiva, conduce fatalmente á perder la vista. Y solo la intervencion del cirujano en la mayor parte de los casos, puede prestar los servicios que se desean. Si excepcionalmente ya hablando hay opacidades susceptibles de curarse de una manera expontánea son las siguientes: 1.°, opacidades débiles diseminadas, que se observan muchas veces por consecuencia de una irido-coroiditis, y que conducen generalmente á alteraciones morbosas de la capa epitélica intra-capsular; 2.°, enturbiamientos ligeros que ocupan la superficie del cristalino, y que dependen de una herida circunscrita de la cápsula; 3.°, tal vez esos enturbiamientos poco avanzados tambien del cristalino, en aquellos diabéticos cuyo estado vaya mejorando de una manera sensible.

§ V.—Tratamiento.

El *tratamiento* que reclama la enfermedad principal, diabetes ó ergotismo, es el primero que se debe establecer (tomo I, artículo DIABETES, y tomo V, artículo ERGOTISMO). Cuando pueda suponerse que la catarata tenga orígen inflamatorio, y que sea capsular, tambien serán aplicables los medios aconsejados para la iritis crónica.

Emile Martin (1) apoyándose en ideas teóricas más ó menos verdaderas y desarrolladas por Mialhe (2), pretende haber obtenido gran éxito con el tratamiento siguiente:

1.° Por la mañana, en ayunas, una cucharada grande de la solucion siguiente:

R. Ioduro de potasio......	8 gram.	Jarabe de saponaria....	150 gram.
Jarabe de trébol acuático.	150 gram..		

Mézclese.

2.° Agua de Vichy en las comidas.

3.° Durante la noche, aplicacion sobre el ojo enfermo de un saco de muselina de 6 á 8 centímetros cuadrados lleno de:

Cal viva.............	2 partes.	Clorhidrato amónico.....	1 parte.

4.° Dos veces á la semana y en medio del dia fomentarse el ojo con suficiente cantidad del líquido siguiente:

Ioduro de potasio.......	2 gram.	Agua.....................	100

5.° Tomar dos ó tres veces al dia:

Betónica..............	10 gram.	Eléboro blanco.........	10 gram.
Asaro.................	10 gram.		

Mézclese y redúzcase á polvo.

6.° Alimentacion vegetal especialmente.

7.° Purgarse de ocho en ocho dias con magnesia calcinada.

Este tratamiento se parece mucho al del doctor Pugliatti (de Mesina), el cual practica vesicaciones fronto-temporales con pomada amoniacal, y administra ioduro de potasio al interior.

Quadri (de Nápoles) y Vanzetti (de Pádua) han confirmado la eficacia de dicho tratamiento sobre algunos casos presentados en el Congreso de Bruselas, y Guépin pretende de igual modo haber obtenido muy buenos resultados de él. En definitiva podremos permitirnos ensayar el tratamiento medicamentoso de la catarata; pero nos estará prohibido insistir en él cuando su accion tarde demasiado.

Guépin procede de la manera siguiente: 1.°, ventosas en el cuello y en las espaldas; 2.°, vesicaciones amoniacales sobre la frente, sienes y detrás de las orejas; 3.°, fricciones en las mismas partes con carbonato de amoniaco, clorhidrato y iodhidrato de amoniaco bajo la forma de pomada, empleando estas diversas sales, ó reunidas entre sí; 4.°, introduccion en los párpados de una pomada con clorhidrato

(1) Emile Martin, *Traité médical pratique des maladies des yeux*. Paris, 1863, página 233.

(2) Mialhe, *Chimie appliquée à la physiologie et la thérapeutique*. 1856, p. 628.

y iodhidrato de amoniaco; 5.º, mercuriales en diferentes formas; 6.º, tratamiento arreglado á la causa presunta de la catarata.

ARTÍCULO II.

ENFERMEDADES DEL CUERPO VÍTREO.

Siendo la anatomía normal del cuerpo vítreo poco conocida hasta ahora, con mayor razon tendremos que desconocer su anatomía patológica. Todos admitimos perfectamente la inflamacion del cuerpo; pero su historia escapa á nuestro juicio, confundiéndose con la de la coróides. Las alteraciones mejor demostradas del cuerpo vítreo consisten en la presencia de *cuerpos flotantes*, de *entozoarios*, de hemorragias y de sustancias extrañas procedentes de la atmósfera, y finalmente en su *reblandecimiento*.

Los cuerpos flotantes que son de orígen inflamatorio ó hemorrágico, están representados por *células*, *conjuntos fibrinosos* y cristales, particularmente de *colesterina*. Las opacidades que determinan pueden reconocerse por medio del oftalmóscopo, cuando tienen cierto volúmen, y cuando el reblandecimiento del humor vítreo permite su salida al efectuar los movimientos de la cabeza. Los cuerpos flotantes son una causa permanente para que haya moscas volantes morbosas, y su curacion ofrece algunas dificultades; porque si se extinguen es de un modo expontáneo á la larga, y casi siempre en aquellas circunstancias donde se presentan como producto de hemorragias.

Los *entozoarios* del cuerpo vítreo son el *cisticerco* y la *filaria*. El primero parece mucho mas frecuente que el segundo. El color, la forma y los movimientos que efectúa permiten distinguirle con bastante facilidad, segun lo demuestran todos los hechos referidos, ya por Stellwag de Carion, Coccius, Alb. de Graefe, Follin, etc. Alb. de Graefe (1) trató de extraer un cisticerco, pero no obtuvo el resultado que deseaba; así hoy carezcamos de ejemplo alguno de curacion. En cuanto á la filaria observada por Quadri (2), tambien parece que ha de ser muy difícil desembarazar de ella al enfermo.

El *reblandecimiento del cuerpo vítreo (sinquisis)* puede ser simple ó centelleante. El primero no va acompañado necesariamente de la pérdida de la trasparencia del cuerpo vítreo; pero entre los síntomas que lo caracterizan es preciso contar el aumento de volúmen del globo, algunas veces el temblor del íris, la tension del globo, la dilatacion de la pupila y una ambliopía progresiva. El segundo se distingue por la presencia de muchas escamitas micáceas y brillantes, que recorren como una lluvia de oro el campo pupilar, y que no son

(1) De Graefe, *Archiv für Ophthalmologie*, Band V, Abth. II, S. 171.
(2) Quadri, *Compte rendu du congrès d'ophthalmologie de Bruxelles*. Paris, 1857, pagina 153.

otra cosa sino cristales de colesterina. Parfait-Landrau (1) fué el primero que llamó la atencion de los oftalmólogos sobre este fenómeno singular. Lo que denomina Desmarres *estado jumentoso del cuerpo vítreo*, es una alteracion análoga, caracterizada por el aspecto turbio y cenagoso del humor vítreo, debido á unos corpúsculos sumamente ténues, de color amarillo rojizo, que flotan y que se mueven en todos sentidos. Estas diferentes afecciones van siempre mas ó menos unidas con las enfermedades de la coróides y conducen á la pérdida de la vista sin poderlo apenas remediar.

CAPITULO IX.

Enfermedades de la coróides.

Si meditamos en la composicion esencialmente vascular de la coróides, en el extraordinario número de células que contiene y en su conexion íntima con la retina, el íris, la esclerótica y el cuerpo vítreo, fácilmente comprenderemos el papel que los oculistas modernos hacen desempeñar á esta membrana en la patología ocular. Sus lesiones casi nunca van aisladas, porque las de la retina se reunen con ellas primitiva ó consecutivamente en la inmensa mayoría de los casos. La esclerótica misma resulta muy influida por las coroiditis agudas y crónicas, de donde nacen las *esclerocoroiditis anterior* y *posterior* y los *estafilomas*; y casi todas las alteraciones del cuerpo vítreo, sus opacidades, sus reblandecimientos y el glaucoma; esta enfermedad singular acerca de cuya naturaleza y tratamiento han arrojado tanta luz los trabajos de Graefe, no serán otra cosa tal vez que la consecuencia de congestiones é inflamaciones de la coróides.

En este artículo trataremos sucesivamente: 1.°, de las *congestiones é inflamaciones de la coróides;* 2.°, de sus complicaciones por parte del cuerpo vítreo, *glaucoma agudo y crónico;* 3.°, de sus complicaciones por el lado de la esclerótica, *estafilomas anteriores y posteriores*, y 4.°, daremos un resúmen sumario de las diferentes alteraciones de la coróides que puedan resultar de los estados precedentes.

ARTÍCULO PRIMERO.

CONGESTION É INFLAMACION DE LA CORÓIDES.

§ I.—Historia, bibliografía y frecuencia.

Antes de que se descubriera el oftalmóscopo, solo teníamos datos muy incompletos acerca de las alteraciones de la coróides; de modo

(1) Parfait-Landrau, *Cas de pathologie oculaire, relatif à des corpuscules voltigeant dans la chambre postérieure de l'œil et donnant lieu à des images fantastiques* (*Revue médicale*, 1828, t. IV, p. 203, et *Ann. d'ocul.*, 1846, t, XV, p. 171).

que en las publicaciones contemporáneas será donde únicamente podrá buscarse la historia verdaderamente científica de la patología de esta membrana. Además de los Tratados especiales, hablan perfectamente de la materia los autores siguientes: Fallot (1), Rivaud-Landrau (2), Guépin (3), Ryba (4), Roser (5), Sichel (6), de Graefe (7), Romain Noizet (8), Schultz (9), Galezowski (10), y las lecciones de Gollin sobre la exploracion de los ojos.

§ II.—Definicion.

Dividiremos la coroiditis, segun las lesiones, en *coroiditis congestiva* (congestion de la coróides, coroiditis serosa), *coroiditis parenquimatosa* (plástica y purulenta), y *coroiditis atrófica*. Estas diferentes formas son agudas ó crónicas.

§ III.—Causas.

Causas predisponentes.—Despues de pasada la edad media de la vida es cuando generalmente comienzan á observarse las distintas variedades de coroiditis, glaucomas y estafilomas. Y como causas predisponentes de ellas han invocado los autores cierto número de estados del organismo que tienen por efecto modificar la circulacion general de una manera permanente ó accidental.

Entre las causas predisponentes diatésicas, se han señalado como principales la diátesis gotosa y la diátesis reumática, cuya accion se halla muy lejos de estar demostrada. Pero no sucede lo mismo con la sífilis; porque todos los oftalmólogos han descrito la coroiditis sifilítica, de que hablaremos despues.

Las afecciones generales agudas, las enfermedades tíficas, la fiebre puerperal y el cólera, predisponen á las alteraciones de la coróides por el trastorno que producen en la circulacion encefálica, y lo mismo sucede con la albuminuria que, sin embargo, ataca preferentemente á la retina.

Las *causas ocasionales* que se invocan con mas frecuencia son: la supresion del flujo menstrual accidental ó fisiológico, de las hemorróides y de las epistaxis habituales; la suspension de las traspiracio-

(1) Fallot, *De la choroïdite (Ann. d'ocul.*, 1848, t. XX, p. 133).
(2) Rivaud-Landrau, *De la choroïdite (Ann. d'ocul.*, 1854, t. XXXI, p. 45).
(3) Guépin, *De la congestion choroïdienne (Ann. d'ocul.*, 1858, t. XL).
(4) Ryba, *Sur une forme de choroïdite partielle (Ann. d'ocul.*, 1853, t. XXX, página 290).
(5) Roser, *Doctrine de la choroïdite (Archiv für physiol. Heilkunde*, t. XV).
(6) Sichel, *Iconographie ophthalmologique.*
(7) De Graefe, *Ann. d'ocul.*, passim.
(8) Noizet, *Du staphylome postérieur*, thèse de doctorat. Paris, 1858.
(9) Schultz, *De la choroïdite syphilitique*, thèse de doctorat. Paris, 1859.
(10) Galezowski, *Choroïdite syphilitique* (*Gazette des hôpitaux*, 1862).

nes generales y particularmente la de los piés, los enfriamientos repentinos, y las repercusiones cutáneas. Esta etiología comun dista mucho de verse demostrada. Las heridas del ojo, de la esclerótica y de la coróides, y las operaciones que se efectúan sobre el cristalino para extraerle ó abatirle, van generalmente seguidas de coroiditis.

Todavía podemos consignar, como causas predisponentes y ocasionales, los esfuerzos de acomodacion que se hacen al trabajar sobre objetos finos y bastante alumbrados, y al usar de instrumentos ópticos sumamente graduados. Es una observacion positiva que la coroiditis y sus consecuencias son mas comunes en la ciudad que en el campo, por razon de las costumbres tan diferentes en ambas condiciones.

Hace muy poco tiempo que se ha supuesto por algunos que ciertas variedades de coroiditis son hereditarias (1), y que los matrimonios consanguíneos no dejan de tener influencia en la produccion de las amaurosis que dependen de alteraciones de la coróides.

§ IV.—Síntomas.

Entre los síntomas de la coroiditis, hay algunos que son comunes á todas las variedades. Estos consisten en modificaciones anatómicas apreciables á simple vista y en cambios fisiológicos muy variados de que él se da cuenta exacta. Pero hay otros que solo pueden reconocerse por medio del oftalmóscopo, y ellos son los principales, porque indican la naturaleza y la extension de la lesion, y porque caracterizan la especie.

1.° *Síntomas anatómicos comunes apreciables por los medios ordinarios.*—Cuando la enfermedad es aguda, los síntomas anatómicos consisten en una vascularizacion anormal de las partes accesibles á la vista. Por parte de la esclerótica vénse aparecer vasos rojos y varicosos, en el tejido subconjuntival; el anillo periquerático se distingue muy bien, y el círculo azulado pericorneal llega á manifestarse mas que en cualquiera inflamacion. La córnea está cubierta con una nube, no siendo raro observar cierta escamacion epitélica de su superficie; el íris adquiere un color de pizarra, y la pupila se deforma y agranda, consistiendo la deformidad en una abertura oblonga, horizontal ú oblícua. Tambien dismuye la escitabilidad del íris. En el campo pupilar suele notarse para ciertas formas una coloracion amarillenta ó verde, lo cual indica cierta complicacion por parte del cuerpo vítreo, y el humor acuoso se segrega con la mayor intensidad, hallándose perfectamente diáfano ó turbio y mezclado con glóbulos purulentos, en las formas que suceden á las enfermedades piohémicas. La superficie del ojo aparece brillante y cubierta de lágrimas, y el glo-

(1) Edouard de Jaeger, *Ueber die Einstellung des dioptrischen Apparates.* Wien, 1861.

bo ocular tenso y duro á la presion. Cuando la enfermedad ha llegado al período crónico, siempre se observan las deformidades de la pupila, el estado varicoso de los vasos exteriores, el anillo periquerático, la proyeccion hácia delante del íris, y la disminucion de la cámara anterior. Pero lo que caracteriza especialmente á la coroditis crónica son las deformidades de la esclerótica, la cual se ablanda, se atrofia, y bajo el influjo de la presion interior se proyecta hácia fuera y se abolla. Estas prominencias de la esclerótica tienen color azulado y se manifiestan en la region anterior del ojo, muy cerca de la córnea, ó en la region posterior, principalmente al lado externo del nervio óptico. Entonces aumenta el diámetro antero-posterior del ojo, como es fácil conocerlo midiéndole ó inspeccionándolo sencillamente. Este fenómeno se evidencia como corresponde cuando el enfermo mira hácia dentro por el lado de la nariz. Entonces, entre los párpados, debajo de la conjuntiva y en el fondo del saco exterior, se dibuja un saliente azulado que procede sin duda del adelgazamiento de la esclerótica, de su proyeccion hácia fuera y de la congestion coróidea, aparente al través de las fibras adelgazadas de la esclerótica. En este grado, el campo pupilar queda oscurecido, los cuerpos flotantes seudo-membranosos existen ya en el cuerpo vítreo, y el aspecto glaucomatoso del ojo se manifiesta mas ó menos.

2.° *Síntomas fisiológicos.*—La coroiditis aguda se inaugura con fuertes dolores en la frente y en las sienes que parten de las ramificaciones del trigémino. Los dolores intra-oculares agudos, violentos en los primeros períodos, vienen á ser sordos, y como contusivos en las formas crónicas, resultando de la compresion de los nervios ciliares y de su inflamacion. El enfermo experimenta una sensacion de plenitud muy incómoda, pareciéndole que su ojo está torpe, pesado y que no puede moverse sin dificultad. Hay lagrimeo y fotofobia. La vision se halla siempre comprometida, ya porque el enfermo vea como á través de una niebla, no distinguiendo los objetos sino imperfectamente, ya porque su ojo aparezca atravesado por relámpagos luminosos, rojizos ó naranjados. En el estado crónico, se dibujan moscas fijas ó movibles delante de los ojos. El enfermo llega á ser présbita, con mas frecuencia miope, y en muchos casos completamente ciego. Sin embargo, puede haber escalofrios, fiebre y agitacion, lo que es raro porque la cronicidad de corrido es la peculiar de las afecciones de la coróides.

§ V.—Diferentes variedades de coróides.

Signos oftalmoscópicos, lesiones anatómicas y alteraciones fisiológicas propias de cada variedad de coroiditis.— a. **Coroiditis congestiva**, ó mejor dicho, **congestion de la coróides.**—Si hemos de creer á los oftalmólogos modernos, las congestiones agudas y crónicas son muy frecuentes. Pero sin duda hay mucha exageracion en este modo de

ver, porque no siempre es fácil apreciar en su justo valor la hiperemia verdaderamente morbosa de la coróides, siendo tan variable el estado fisiológico de los individuos. La desigual reparticion del pigmento coróideo y su espesor considerable en ciertos sugetos, impiden darse cuenta exacta de la congestion vascular. Hoy es cuando los autores comienzan á ser mas reservados acerca del diagnóstico de la coroiditis congestiva.

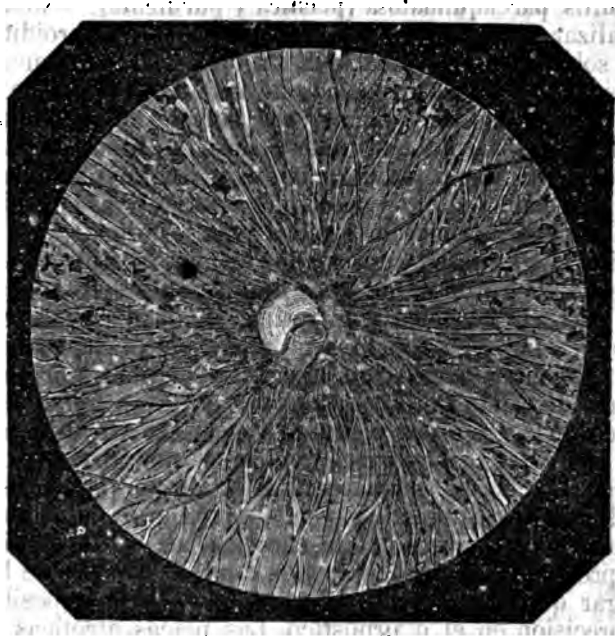


Fig. 87.—Coroiditis posterior del ojo derecho, papila óptica hiperemiada. El fondo del ojo se halla recorrido por los vasos sanguíneos de la coróides, muy numerosos, casi todos de notable volúmen, bifurcándose en ángulos bastante agudos, y con la sola excepcion de un vaso por su direccion trasversal, y por las anastómosis que produce. Entre los vasos coróideos, el fondo del ojo aparece con un color de pizarra negruzco, y mas oscuro alrededor de la papila óptica. En la circunferencia, en los intersticios de los vasos coróideos, y únicamente por excepcion en su trayecto, existen placas de pigmento negruzco, ribeteando una série de placas mas pequeñas el tercio interior de la papila. (Sichel, *Iconographie ofhthalm.*, observ. 28 y pl. 80).

Sin embargo, dice Follin (1), cuando el enfermo es rubio ó ha llegado á la vejez, época de la vida en que desaparece algo el pigmento, este se deja ya atravesar por la luz fácilmente, dejando ver el infarto vascular. Si se examinan los ojos con un espejo cóncavo, solo

(1) Follin, *Leçons sur l'exploration de l'œil*, 1863, p. 101.

se observa en su fondo una coloracion roja oscura, uniforme, permanente mientras dura el exámen, y que ofrece con la mayor exactitud el aspecto de una conjuntiva muy inflamada.

El exámen por la imágen invertida ó la imágen derecha permite analizar los detalles de esta coloracion oscura, y descubrir una capa de vasos tortuosos desiguales, y que se parecen perfectamente á una inyeccion muy bien hecha de la capa vascular de la coróides (figura 87).

b. **Coroiditis parenquimatosa (plástica y purulenta).**—No siempre es posible realizar el exámen oftalmoscópico de una coroiditis parenquimatosa sobreaguda á causa de la fotofobia y del lagrimeo. Entonces se la reconoce por la intensidad de la inflamacion y de los dolores, por la tension del ojo, y cuando ya se ha establecido la supuracion por el aspecto turbio del humor acuoso, el hipopion que se produce, el reblandecimiento, la ulceracion, y finalmente la ruptura de la córnea, la fusion del ojo y su atrofia consecutiva. Pero si la coroiditis plástica tiene una marcha crónica y ha terminado ya su período inflamatorio, el alumbrado del fondo del ojo, posible en este caso, permite desde luego observar unas exudaciones serosas ó plásticas esparcidas entre la coróides y la retina, en el mismo espesor de la coróides, ó bien entre esta membrana y la esclerótica. Dichas exudaciones experimentan á la larga diferentes cambios, organizándose bajo la forma de tejido fibroso opaco, ó bajo la de tejido óseo, compuesto de corpúsculos óseos y aun de vasos (1). Algunos han creido sin razon que estas osificaciones tendian á una trasformacion de la retina; pero ya se ha demostrado que el tejido nervioso no se osifica. La forma de los tejidos plásticos varía, y tiene un color amarillento que resalta mas ó menos sobre la cara interna de la coróides. Liebreich (2) pretende que puede reconocer por el aspecto de la exudacion el lugar que ocupa; pero Wecker cree que es imposible alcanzar tanta precision en el diagnóstico. Las placas atróficas de la coróides se distinguen de las exudaciones por su reflejo azulado y por la alteracion del pigmentum de las partes inmediatas. Las opacidades de la retina tienen un color mas brillante que las de la coróides, y hacen que desaparezcan los vasos de la retina, los cuales son muy fáciles de distinguir por delante de una exudacion coróidea. Cuando la enfermedad es antigua, la coróides se atrofia del mismo modo que la retina, y se desarrollan opacidades en el cuerpo vítreo mas ó menos ablandado. El pigmentum de la coróides desaparece algunas veces en el nivel de la exudacion; pero se acumula sobre el contorno de la mancha, apareciendo bajo forma de manchas pardas ó negruzcas. Estas se extienden por toda la superficie de la coróides, toman un color amarillo de naranja en medio del cual serpentean los vasos

(1) Arnold Pagenstecher, *Arkiv für Ophthalmologie*, Bd. VII, Abth. II, S. 99.
(2) Liebreich, *Atlas d'ophthalmoscopie*, pl. IV, fig. 1, p. 7.

de la coróides, y acaban por desaparecer, dejando en su lugar unas manchas blancas que originan la coróides atrofiada (este proceso morboso ha recibido el nombre de *maceracion del pigmentum* (1).

c. La **coroiditis sifilítica** presenta en la oftalmoscopia algunos caractéres especiales. Las tres cuartas partes de los vasos la ofrecen limitada al segmento posterior (2).

En el fondo del ojo se percibe un ligero enturbiamiento opalino, que desde el contorno de la pupila se extiende hácia la parte anterior de la coróides. La tinta pálida del pigmentum, y el aspecto blanquecino de la coróides diseminada por algunos sitios, han sido considerados como caractéres de la coroiditis sifilítica; pero no tienen positivamente valor sino desde el momento en que van acompañados de lesiones sifilíticas del íris, y de superficies mucosas y cutáneas.

d. **Coroiditis atrófica.**—Se la observa sobre dos regiones principales: en la parte externa del nervio óptico, designándose entonces con el nombre de esclero-coroiditis posterior, y en la parte anterior, muy cerca de la córnea, al nivel ó por fuera del cuerpo ciliar, y distinguiéndose con el nombre de esclero-coroiditis anterior.

e. La **esclero-coroiditis posterior atrófica** se halla constituida anatómicamente por una atrofia de la coróides, por su adherencia á la esclerótica, la cual se halla de igual modo atrofiada é inclinada hácia fuera por alteraciones concomitentes de la retina, muchas veces por el reblandecimiento y la opacidad del cuerpo vítreo, y algunas en los períodos muy avanzados, por depósitos plásticos entre el cuerpo vítreo y el cristalino, y por una catarata central posterior.

Cuando se examina por medio del oftalmóscopo un ojo atacado de coroiditis atrófica, nótase sobre el lado externo de la papila ó sobre el interno, segun que hagamos aplicacion de la imágen derecha ó de la invertida, una mancha blanca brillante de forma de media luna, que abraza la papila, para producir luego una alteracion análoga por el lado interno del nervio óptico. Los vasos de la retina corren por delante de la mancha, y esta parece prominente aunque en realidad constituya una escavacion. Esta ilusion óptica depende de la coloracion negra de la coróides que permanece sana y que hace el papel de una sombra que rechaza las manchas hácia delante. De Ammon (3) ha encontrado la disposicion referida en el estado congénito; pero la mancha blanca es estable, sus contornos se presentan con mayor claridad, y casi siempre muy bien limitados por un círculo de pigmentum. Mientras la coróides se atrofia, el pigmentum sufre diferentes alteraciones: desaparece de algunos puntos, y se acumula en otros; los vasos coróideos se encargan de elementos grasos; la circulacion se detiene en ellos, y en lugar de una red vascular tortuosa y roja, solo se descubren vasos amarillentos y exangües.

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, pl. LXXIX, fig. 3, 4, 5.
(2) Foucher, Annotation á Wharton-Jones, p. 251.
(3) De Ammon, *Archiv für Ophthalmologie*, Bd. IV, Abth. I.

Tales son las lesiones anatómicas y los signos oftalmoscópicos de la coroiditis atrófica. Sin embargo, el ojo se deforma, y el diámetro antero-posterior se alarga (1), pasando desde 22 ó 24 milímetros hasta 28 ó 33, con lo cual ya puede comprenderse el grado de miopía á que podrán llegar los enfermos.

La ambliopía sigue á la miopía en los períodos últimos. Cuando queda la retina comprendida en el proceso inflamatorio, preceden á la amaurosis distintos fenómenos: el enfermo no mejora ya su vista empleando los cristales cóncavos; su pupila se dilata, llegando á ser inmóvil, y ve por último como á través de una niebla llena de fantasmas luminosos, de puntos negros y de moscas volantes que atraviesan el campo visual.

f. **Coroiditis anterior atrófica.**—Esta se reconoce con mas facilidad por medio de la simple inspeccion, que haciendo uso del oftalmóscopo. Solo excepcionalmente, cuando el estafiloma se halla muy extendido y mediante una dilatacion exagerada de la pupila, es como podremos llegar á determinar la lesion de la coróides con el alumbrado oblícuo. Sichel (2) localiza el estafiloma anterior en el cuerpo ciliar ó en la parte anterior de la coróides, admitiendo dos variedades. Wecker supone que la ectasia anterior puede variar del modo siguiente:

1.° Estará situado en el nivel del conducto de Schlemm, y por consecuencia de la distension de la esclerótica, el punto culminante de los procesos ciliares se alejará del polo córneo.

2.° Ocupará las partes anteriores de la coróides y hasta el mismo cuerpo ciliar, de modo que el ápice de los procesos quede en su sitio, ó sea rechazado hácia el centro de la córnea.

3.° Estará, por fin, colocado mas en la periferia, dejando el cuerpo ciliar mas ó menos intacto.

Las tres formas referidas no son otra cosa que variedades del estafiloma anterior.

Sea como quiera, la afeccion de que hablamos consiste en alteraciones de la coróides y de la esclerótica idénticas á las que señalamos en la parte posterior. La enfermedad comienza por una gran inflamacion con dolores oculares, fotofobia, inyeccion periquerática, enturbiamiento del humor acuoso y deformidad de la pupila. Mas tarde aparece la ectasia, quedando limitada á un punto de la esclerótica, ó rodeando completamente la córnea con bultitos voluminosos, de color azulado, y que manifiesta cuando se los oprime cierta blandura. Aunque sea crónica desde luego, ó aunque no se presente dicho estado sino despues de distintos recrudecimientos inflamatorios, siempre tiene por consecuencia grave la miopía, y mas adelante la ambliopía.

(1) Follin, *Leçons sur l'exploration de l'oeil*, 1863 p. 110.

(2) Sichel, *Archiv für Ophthalmologie*, Bd. III, A, I, S. 216, et *Iconographie ophthalmologique*, p. 521, pl. LI, LIII.

Los estafilomas de la coroiditis y de la esclerótica dependen, segun la opinion mas generalmente admitida, de una hipersecrecion de serosidad intra-ocular, y del reblandecimiento de la esclerótica. Se producen en la parte anterior y en la posterior, porque allí es donde existen los puntos peor tratados y los que sufren las mayores presiones en los esfuerzos de la acomodacion.

g. **Glaucoma.**—Aquí tenemos una afeccion, acerca de la cual se ha escrito y discutido mucho, y que despues de haberse considerado situada en muy diferentes partes, créese ahora definitivamente que corresponde á la clase de las enfermedades con hipersecrecion intra-ocular producidas por una alteracion primitiva de la coróides.

Muchos trabajos de importancia se han hecho en estos últimos años acerca de la naturaleza y del tratamiento del glaucoma. Pero entre todos ellos los que mas consideracion merecen son los de Alberto de Graefe por el asentimiento casi unánime que les han concedido los observadores (1). Podrán consultarse tambien ventajosamente los trabajos de Sichel (2) y de Jaeger (3), y las tésis de Daguenet (4), Billière (5), Alfredo Pamard (6), etc.

El glaucoma tiene por caractéres principales una dureza anormal de los globos oculares, un color verdegay ó verde sucio en el fondo del ojo, una dilatacion de la pupila, una decoloracion del íris y una alteracion mas ó menos completa de la vista.

Se manifiesta en *estado agudo* y en *estado crónico*. 1.° El *glaucoma* agudo va precedido generalmente de prodromos. Ad. Graefe solo los ha visto faltar veinticinco ó treinta veces en cien casos observados por él. Dichos prodromos son enturbiamientos de la vista, disminucion del campo visual, aparicion de fantasmas luminosos, anillos irisados alrededor de la llama de una bujía, es decir, un presbitismo acompañado ó no de dolores ciliares. Los fenómenos referidos tienen una marcha remitente, hasta que se verifica la invasion del ataque glaucomatoso agudo. Este tiene lugar generalmente durante la noche. De repente nota el enfermo unos dolores violentísimos en el ojo; su conjuntiva se inyecta y cubre de grandes vasos varicosos, la pupila se dilata y deforma; el íris adquiere un color gris ó amarillo, echándose adelante con el cristalino; el ojo se vuelve duro, y la córnea insensible al tacto, y las cámaras oculares se llenan de una

(1) Albert de Graefe, *Du traitement du glaucome (Archiv für Ophthalmologie.* Berlin, t. III, et *Ann. ocul.*, t. XXXVIII; *Archiv für Ophthalmologie*, Bd. VIII, A. II).

(2) Sichel, *Ann. ocul.*, t. V, VI, VII, VIII, et *Iconogr. ophth.*, p. 798, pl. XXV, figura 3, 4.

(3) Jaeger, *Ueber Glaucome und seine Heilung durch Iridectomie (Ann. d'oculistique*, Bruxelles, t. XL).

(4) Daguenet, *Quelques considérations sur le glaucome*, thèse de doctorat. Paris, 1861.

(5) Billière, *De quelques observations d'iridectomie dans les différentes affections de l'œil*, thèse. Paris, 1860, n.° 239.

(6) Pamard, *Du glaucome*, thèse. Paris, 1861, n.° 230.

nebulosidad difusa. El primer ataque puede por sí solo destruir la vision (1); pero esto es una excepcion. Se necesita generalmente mayor número de accesos para perder la vista. Cuando el estado del ojo permite practicar un exámen oftalmoscópico, pueden descubrirse en él equimósis de la retina y de la coróides, y cierta escavacion de la pupila. Esta, de color amarillo sucio, aparece cubierta de grandes venas. En cuanto á las arterias, resultan aplastadas, ofreciendo pulsaciones muy visibles. Los vasos que se levantan desde la escavacion hasta la retina presentan una especie de *asa* ó *gancho* sumamente característico.

2.° El *glaucoma crónico*, que no tiene los ataques fulminantes de la forma anterior, se establece poco á poco, tras de los síntomas prodrómicos antes indicados, pero no por eso su marcha es menos fatal y sus síntomas perfectamente claros. La disminucion progresiva del campo visual, la dilatacion de la pupila, la decoloracion del íris y su proyeccion hácia delante, el aspecto empañado de la córnea, la escavacion de la papila, la pulsacion de las arterias de la retina, y las varicosidades de las venas gruesas coróideas, se notan perfectamente. Pero el síntoma que jamás deja de presentarse en esta variedad de glaucoma (Wecker) se halla constituido por unas alteraciones momentáneas que ocurren en el acto de la vision siempre que por cualquier motivo llega el enfermo á tener congestionada la cabeza, pareciéndole entonces todos los objetos rodeados de una nube espesa resultante de un enturbiamiento momentáneo del humor acuoso.

Albert de Graefe ha dado una interpretacion muy satisfactoria de la sucesion de los fenómenos que se observan en el glaucoma. Todos, dice, se hallan subordinados á un aumento de volúmen del cuerpo vítreo y á una hipersecrecion de los humores del ojo, procedente de la irritacion inflamatoria de la coróides. La presion interna explica el endurecimiento del ojo, el cual se ha comparado al de un chinito ó de una bola de billar, la dilatacion de la pupila, la proyeccion hácia delante del íris y del cristalino, el aplastamiento de la córnea, y como consecuencia de ello el presbitismo. La insensibilidad de la córnea trae su orígen de la compresion de los nervios ciliares. La papila se escava, porque es una de las partes menos resistentes del ojo, y las arterias de la retina laten porque hay compresion intra-ocular. Efectivamente se ha observado que durante el estado normal de los ojos, no se notan pulsaciones arteriales en su fondo, y que estas pulsaciones han aparecido siempre que se comprimen los globos. Tambien se ha demostrado que al mismo tiempo que solicitamos artificialmente el pulso arterial, el campo de la vista disminuye desde la periferia al centro, acabando por desaparecer la vision temporalmente. La turgencia de las venas intraoculares y exteriores se explica además muy

(1) Deval. *loc. cit.*, p. 643.

bien en la teoría de Albert de Graefe por su extrangulacion á la entrada del nervio óptico.

Cusco (1) refiere á la inflamacion de la esclerótica, á su aumento de volúmen, y consecutivamente á su retraccion, todos los fenómenos de presion interior; pero este parecer no se ha adoptado por mas que se considere evidente que la rigidez de la esclerótica, en edades avanzadas, debe ser una causa predisponente del glaucoma.

3.° Con el nombre de *glaucoma crónico simple* y de *glaucoma óptico*, han descrito algunos autores una afeccion caracterizada por la escavacion de la papila. Ad. de Graefe no duda en referirla á una presion intra-ocular que nada demuestra de un modo evidente. Para Deval, el glaucoma óptico no es una variedad de glaucoma, sino un epifenómeno susceptible de asociarse á algunas formas amauróticas.

Complicacion del glaucoma.—Hallándose constituido en el principio por una hipersecrecion de los humores del ojo, y particularmente del cuerpo vítreo, el glaucoma acaba siempre por interesar profundamente los principales tejidos del globo: unas veces, en las formas agudas, la córnea es quien se ablanda, ulcera y perfora; otras, el íris es el que sufre las alteraciones mas considerables, inflamándose, atrofiándose y reduciéndose á un cordoncillo azulado que rodea á la pupila agrandada considerablemente; tambien puede el cuerpo vítreo liquidarse y convertirse en jumentoso; con no poca frecuencia el cristalino adquiere un color amarillo ó verde que comunica al fondo del ojo (siendo para Sichel esta la causa del color particular de la pupila en el glaucoma), y llega á hacerse opaco, resultando entonces lo que se llama catarata glaucomatosa.

§ VI.—Curso, duracion y terminacion de diferentes variedades de coroiditis.

Las congestiones de la coroiditis reciente tienen una marcha rápida, y pueden terminar pronto curándose, cuando se sustrae al enfermo de la causa que las produjo.

Las congestiones crónicas, por sus frecuentes recaidas y por las modificaciones profundas que determinan en la testura de la coróides, tienen una duracion indeterminada, y van acompañadas ó seguidas de otras variedades de coroiditis. Las coroiditis parenquimatosas no curan sin dejar huella: unas marchan rápidamente terminándo con la fusion del ojo; otras tienen un desarrollo mas lento, pero no dejan por eso de extenderse á las demás membranas y de producir la pérdida de la vista con tísis del globo. Sin embargo, cuando no son muy considerables, las exudaciones pueden llegar á resolverse, y recobrarse quizás la integridad de la vista. Este favorable resultado se debe esperar sobre todo cuando tratemos de una coroiditis sifilítica.

(1) A. Pamard, *Du glaucome*, tésis de Paris, 1861, n.° 230.

No obstante, como esta se halla muy sujeta á recaidas, es preciso que haya gran atencion por parte del médico y extraordinaria perseverancia por parte del enfermo para que, empleando un tratamiento á propósito, se impida que los recrudecimientos inflamatorios den lugar á lesiones incurables. En cuanto á las coroiditis serosas, atróficas y glaucomatosas, son siempre graves. Las primeras, especialmente, á quienes caracteriza la miopía, y que tienen una marcha lenta y casi siempre invasora, pueden quedar estacionadas; pero tal vez con demasiada frecuencia vienen á parar en la amaurosis. Las segundas, en las formas agudas, tienen una marcha tan rápida y una terminacion tan funesta, que pueden conducir á la ceguera en el cortísimo espacio de un dia ó de una noche. Respecto de las formas crónicas, son muy temibles las complicaciones por parte de la papila y de las cataratas secundarias, siendo de terminacion desgraciada, si el médico no interviene enérgicamente. Por fortuna, de Graefe ha introducido en la terapéutica un método que, sin ser siempre eficaz, produce á lo menos resultados bastante satisfactorios para que podamos contar en ocasiones acerca de la curacion de ataques glaucomatosos, muy terribles al parecer.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

Las enfermedades con que podriamos confundir la coroiditis son la iritis, las inflamaciones de la retina y del nervio óptico, y las amaurosis cerebrales. El oftalmóscopo nos dirá en los capítulos siguientes la manera de fijar los caractéres distintivos de estas últimas afecciones.

El cuadro inmediato indica por ahora suficientemente el diagnóstico general de la iritis y de la coroiditis.

Diagnóstico diferencial de la coroiditis y de la iritis.

COROIDITIS.	IRITIS.
Se produce en edades avanzadas y de una manera casi siempre insidiosa. Las alteraciones de la vista no se hallan en relacion con las lesiones aparentes. La pupila aparece ensanchada y el globo extendido, habiendo generalmente miopía ó presbitismo, varicosidades externas, lesiones múltiples observadas por el oftalmóscopo, y la vista apagada; aunque el campo pupilar quede libre.	Se produce en la juventud, desarrollándose por lo general de una manera repentina. Las alteraciones de la vista se hallan en relacion con las lesiones aparentes. La pupila aparece contraida y poco dilatable, habiendo falsas membranas en el campo pupilar; sinequias anterior y posterior y círculo periquerático sin varicosidades exteriores. La vista queda intacta cuando no llega á invadirse el campo pupilar. Sin lesiones en el fondo del ojo.

La coroiditis atrófica posterior apenas podrá confundirse sino con las exudaciones de la coroides y de la retina; pero estas están dise-

minadas irregularmente, mientras que la atrofia estafilomatosa se halla limitada á los alrededores del nervio óptico. El estafiloma anterior ha sido confundido por algunos con un tumor maligno. Pero Gosselin y Denonvilliers, que refieren un error de esta especie, indican los caractéres distintivos siguientes (1):

Diagnóstico diferencial del estafiloma anterior de la esclerótica y de la coróides con un tumor maligno.

ESTAFILOMA ANTERIOR.	TUMOR MALIGNO.
Tumor blando, depresible y hasta cierto punto fluctuante. Ofrece indistintamente puntos adelgazados en cuyo nivel se percibe la coróides y el cuerpo vítreo, lo que le da un aspecto brillante y comparable solo con el de la córnea. Oftalmía profunda anterior.	Tumor duro, no depresible y á veces punzante. No es tan trasparente, ni manifiesta con facilidad los elementos de que se halla constituido, y tiene un aspecto empañado mas bien que brillante. Falta de oftalmía anterior. Estado caquéctico muy pronunciado.

El glaucoma, por causa de la coloracion del fondo del ojo y de la pérdida de la vista que produce, podria confundirse con una catarata. Hé aquí en parte el diagnóstico diferencial que ha establecido Wharton-Jones (2).

Diagnóstico diferencial de glaucoma con amaurosis, y de la catarata.

GLAUCOMA CON AMAUROSIS.	CATARATA.
Por el tacto, el globo resulta con una dureza anormal.	El globo tiene su grado de firmeza correspondiente.
La opacidad parece colocada profundamente, siendo muy difícil de precisar su situacion.	La opacidad que está bien limitada, se conoce perfectamente, y no cambia de posicion, siguiendo la direccion de la luz.
La pupila, que está mas ó menos dilatada, obedece poco á la belladona.	Los movimientos de la pupila son normales.
La disminucion de la vista se efectúa con rapidez, notándose espectros luminosos.	La vista disminuye con lentitud, sin ofrecer espectros luminosos.
La vista no se ejerce bien en recintos débilmente alumbrados.	La vista se ejerce mejor con poca luz.
La vista presenta intermitencias favorables y adversas.	Nunca es mejor un dia con relacion al inmediato.
El enturbiamiento de la vista no es proporcional á la opacidad.	El enturbiamiento de la vista se halla en proporcion de la opacidad del cristalino.
Con el oftalmóscopo se observan perfectamente las alteraciones del fondo del ojo.	Es imposible distinguir el fondo del ojo por medio del alumbrado oftalmoscópico.

(1) Gosselin y Denonvilliers, *loc. cit.*, p. 605.

(2) Wharton-Jones, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduction et annotation par Foucher. 1862, p. 372.

Pronóstico.—Resulta de las consideraciones anteriores en esta forma: favorable para las congestiones agudas; reservado para las congestiones crónicas; desesperado para las coroiditis parenquimatosas supurativas; incierto y siempre grave para las coroiditis atróficas y estafilomatosas (ya hemos dicho que en estas enfermedades llegaban á una mitad los casos de amaurosis).

§ VIII.—Tratamiento.

Cuando la enfermedad se halla en estado agudo, sea cualquiera la causa que la originare, y cuando hay dolor y reaccion inflamatoria, es necesario hacer una ó dos sangrías, colocar sanguijuelas alrededor de los ojos y administrar al paciente purgantes y calomelanos hasta que note un principio de salivacion. En una palabra, hay precision de adoptar un tratamiento antiflogístico enérgico; pero no conviene consentir en que se emplee con tanta frecuencia como en la iritis y en retirar sus ventajosos efectos, porque las coroiditis francamente inflamatorias son raras y tienen una gran tendencia á pasar á la cronicidad.

Algunas variedades de coroiditis y de congestiones de la coróides reclaman cierto tratamiento especial. Cuando hay una coroiditis congestiva crónica dependiente de cualquier detencion de las reglas ó de una supuracion de hemorróides, es preciso procurar en cuanto sea posible que vuelvan al momento estos flujos de sangre normales ó patológicos. Y para conseguir este resultado, Sichel emplea los medicamentos siguientes (1):

Goma amoniaco.... 5 á 6 gram.	Acíbar sucotrino... 0,50 á 1 gramo.

Mézclese y divídase en cincuenta píldoras, para tomar desde dos hasta cinco por mañana y tarde, media hora antes de las comidas.

ó bien:

Azufre precipitado..... 5 gram.	Crémor tártaro........... 5 gram.

Mézclese y divídase en veinte papeles para tomar uno por mañana y tarde.

Con objeto de que reaparezca el flujo menstrual, el mismo autor aconseja que se froten los hijares y la superficie interna de los muslos con un linimento trementinado:

Aceite comun........... 60 gram.	Esencia de trementina.. 10 á 15 gram.

Si hubiere lugar á creer que la enfermedad reconozca por causa la repercusion de un exantema, Emilio Martin propone (2):

Arseniato potásico..... 15 centig.	Extracto de cicuta....... 4 gram.

Mézclese y divídase en sesenta y cuatro píldoras, para tomar dos al dia.

(1) Sichel, *Iconographie ophthalm.*, texto, p. 104.
(2) Émile Martin, *Traité médical pratique des maladies des yeux*, p. 159. Paris, 1863.

Cuando el principio de la enfermedad ha coincidido con la supresion de una traspiracion habitual, receta lo siguiente:

Extracto de dulcamara....	12 gram.	Extracto de acónito.........	2 gram.
de zarzaparrilla..	10 gram.		

Divídase en doscientas píldoras, para tomar dos ó cuatro durante el dia.

a. Las **coroiditis plásticas** que no tienen orígen sifilítico son muy tenaces. El mejor tratamiento que las conviene, á pesar de ello, es el tratamiento mercurial. Y se hará tanto mejor en atacarlas con un plan antisifilítico, cuanto que no siempre es fácil, el diagnóstico de la causa. El tratamiento de la iritis sifilítica tambien las conviene, de la misma manera que á la coroiditis específica (véase p. 983).

b. La **coroiditis supurativa** es una enfermedad tan desastrosa que apenas ofrece al médico otro recurso que esperar la fusion expontánea del globo ó intervenir para calmar la agudeza de los dolores, dando salida al foco purulento y aun extrayendo el globo del ojo.

c. La **coroiditis seroso-atrófica** es una afeccion generalmente incurable. Para detener sus progresos es preciso recomendar al enfermo el reposo absoluto de la vista, é impedirle, hasta donde sea posible, que use cristales cóncavos, á fin de que los esfuerzos de acomodacion que necesita realizar para ver los objetos con limpieza no contribuyan á aumentar los estafilomas.

J. Sichel aconsejó, hace poco tiempo, el uso del óxido negro de cobre, con el fin de obrar sobre la ectasia y de disminuir su extension en virtud de la propiedad que dicho cuerpo tiene de favorecer la retraccion de la membrana fibrosa. Es probable que no puedan apreciarse los resultados; pero en todo caso, hé aquí las fórmulas que él emplea:

Óxido negro de cobre.....	1 gram.	Jarabe y polvo de malvabisco. C. S.

Háganse veinticinco píldoras, para tomar desde una hasta tres durante el dia (1).

Óxido negro de cobre.....	1 gram.	Manteca.....................	1 gram.

para hacer una pomada, con la cual se untará el contorno de la órbita.

d. La **coroiditis serosa glaucomatosa**, casi siempre incurable antes de los trabajos de Graefe, se ha modificado luego de una manera muy ventajosa por medio de la iridectomía. Esta última operacion, que produce mucho mejor éxito cuando la enfermedad es aguda, y cuando todavía no tiene la excavacion de la pupila óptica demasiada profundidad, consiste en quitar una tira ancha del íris hasta el círculo ciliar y en no dejar que fluya sino muy poco á poco el humor

(1) J. Sichel, *Iconographie ophthalm.*, texte, p. 785.

acuoso. El alivio viene en seguida y las recaidas son mucho menos frecuentes que por consecuencia de la puncion simple de la córnea. Como el procedimiento de Alb. de Graefe se halla descrito en todos los Tratados de medicina operatoria, no insistiremos mas acerca de él. Su objeto está reducido á disminuir la tension intra-ocular y á impedir la atrofia de la retina. Lo cual se alcanza con mucha frecuencia. Suponiendo que por causa de hemorragias intra-oculares abundantes y repetidas, nos veamos precisados á hacer la extirpacion del ojo, despues de practicar la iridectomía, no tendremos inconveniente en llevar á cabo la operacion, exceptuando aquellos casos en que se hallen interesadas muchas partes del ojo ó en que la retina sea completamente insensible á la accion de la luz.

ARTÍCULO II.

AFECCIONES DIVERSAS DE LA CORÓIDES, APOPLEGÍA, DESPRENDIMIENTOS Y TUMORES DE LA CORÓIDES.

Tienen un influjo tan directo todas las afecciones de la coróides sobre el fenómeno de la vision, que no es posible dejar de ocuparse de ellas, y bajo este punto de vista las enumeraremos, aunque sea sucintamente.

La *apoplegía de la coróides* se produce por consecuencia de una contusion del globo, ó nace expontáneamente en medio del dia ó de la noche. Comienza de una manera repentina, y suelen apagar la vista instantáneamente. Cuando el derrame es considerable, la sangre se infiltra ó se acumula en un foco, entre la coróides y la esclerótica, bien debajo de la retina, que se hallará entonces desprendida. Esmarch (1) ha visto penetrar la sangre por una rotura de la retina hasta el interior del cuerpo vítreo. Por medio del oftalmóscopo, pueden descubrirse, detrás de los vasos de la retina, una ó varias manchas redondas, irregulares y de color amarillo claro ó rojo oscuro. Cuando el derrame es corto, suele absorberse, pero lo general es que la vista quede comprometida.

Los *desprendimientos de la coróides*, que son muy raros, proceden de la serosidad ó de la sangre derramada entre esta membrana y la esclerótica. En el oftalmóscopo, aparecen bajo la forma de tumores rojizos inmóviles, que destacan en medio del cuerpo vítreo, y que se hallan surcados por los vasos de la retina y de la coróides.

Los *tumores de la coróides* son escasísimos y no están bien estudiados.

La *degeneracion colóidea*, ó el engruesamiento verrugoso de la

(1) Esmarch, *Archiv für Ophthalmologie*, Bad. IV, S. 350.

trama elástica, ha sido objeto de observaciones por parte de algunos médicos especialistas que la han considerado como una alteracion senil. Tambien se han notado en la coróides distintas variedades de cáncer y aun tubèrculos (1). Pero no prestándose su historia á indicacion alguna terapéutica, recomendarêmos para su estudio los Tratados especiales de oftalmología.

CAPITULO X.

Enfermedades del aparato nervioso óptico (retina, nervio óptico y centro nervioso).

Las afecciones del aparato nervioso óptico son materiales ó simplemente funcionales. Pero ahora solo nos ocuparemos de las primeras.

Cuando no hay alteracion alguna de los medios refringentes del ojo y el acto de la acomodacion se efectúa de una manera regular, los objetos exteriores vienen á dibujarse en la retina; la impresion recibida por esta membrana se trasmite luego al cerebro por conducto del nervio óptico, y el cerebro elabora entonces esta sensacion y la convierte en percepcion. Para que la vista, pues, conserve su integridad es preciso que la retina, el nervio óptico y la parte de cerebro que preside al fenómeno de la vision queden intactos. Si cualquiera de estos órganos llega á alterarse, la vista se debilita, se pervierte ó se extingue. Pasemos ahora sucesivamente revista á esas diferentes alteraciones y tendremos indicada la causa material de esta enfermedad compleja, ó mejor dicho, de ese síntoma de estados patológicos variados y que lleva el nombre de *ambliopía* ó de *amaurosis*.

Nadie duda que los síntomas de las enfermedades del aparato nervioso óptico fueron conocidas de los antiguos; pero las lesiones que los constituyen no han sido estudiadas como correspondia hasta despues de la invencion del oftalmóscopo. Wecker (2), en su obra, inserta una bibliografía muy extensa de los trabajos realizados con este objeto; pero nosotros nos contentaremos con mencionar los de Albert de Graefe (3), Mooren (4), Métaxas (5), Landouzy (6), Lécor-

(1) Manz, *Archiv. für Ophthalmotologie*, Bd. IV, Abth. II, S. 120.
(2) Wecker, *Études ophthalmologiques*, t. II, p. 404.
(3) Albert de Graefe, *Archiv für Ophthalmologie*, passim.
(4) Mooren, *Rétinite pigmentaire* (*Ann. d'ocul.*, Bruxelles, 1859, t. XLI, p. 21).
(5) Métaxas, *De l'exploration de la rétine, etc.*, thèse de doctorat. Paris, 1861.
(6) Landouzy, *De l'amaurose dans l'albuminurie* (*Ann. d'ocul.*, Bruxelles, 1849, t. XXII, p. 166 y 180).

E. Follin, etc.

Estudiaremos sucesivamente las *enfermedades de la re* del *nervio óptico*, y harémos ver en seguida **las relaciones** las afecciones del cerebro con las alteraciones **del nervio ó**

ARTÍCULO PRIMERO.

ENFERMEDADES DE LA RETINA.

Son casi todas de orígen congestivo é inflamatorio. Ti consecuencia la infiltracion *serosa*, los *depósitos plásticos tarios*, los *desprendimientos de la retina* y las *degeneracion y plásticas*. Algunas dependen de alteraciones de la circu les como las procedentes de un *aneurisma de la arteria ce* una *embolia*, y otras consisten en el desarrollo de *entoz* tumores diferentes.

1.° CONGESTION É INFLAMACION DE LA RETINA.

Estas enfermedades se hallan muy lejos de ser raras, p no sean tan frecuentes como indican algunos autores.

Division.—La congestion simple se divide en *aguda* y *c* inflamacion puede ser *superficial* ó *profunda:* en el prin generalmente *serosa;* en el segundo es *plástica*, *purulenta taria*. Estas diferentes formas dependen de la naturaleza d cion; pero tambien importa mucho considerar la retinitis ba de vista de las causas que la producen. Las retinitis *sifilí minúrica* y *glicosúrica*, que se han estudiado perfectament que se hable de ellas en párrafo aparte.

(1) Lécorché. *De l'amblyopie diabétique (Gazette hebdomadaire de m*



§ I.—Causas.

Son casi idénticas á las de las enfermedades de la coróides.

A. Las *causas predisponentes* son: 1.° *La edad.* Estas afecciones son mas comunes en la edad avanzada de la vida que en la infancia, exceptuando, sin embargo, la retinitis pigmentosa, que suele ser hereditaria, segun de Graefe, y coincide con el idiotismo y el sordomutismo, y que en concepto de Liebreich (1), se presenta 40 ó 50 veces por 100 en los niños procedentes de matrimonios consanguíneos. 2.° Las *profesiones*. Todas aquellas que reclaman un ejercicio prolongado de la vista predisponen á las congestiones y á las inflamaciones de la retina. 3.° Todas las *alteraciones de la circulacion* resultantes de una enfermedad del corazon ó de un tumor desarrollado en el trayecto de los vasos de la retina. 4.° Las *afecciones diatésicas agudas* y *crónicas: albuminuria*, *sífilis*, *diabetes* y *leucemia*. 5.° Las *enfermedades tíficas*. Todos estos estados morbosos generales son causas de congestiones de la retina pasajeras ó duraderas. Ancelon (2) ha observado grandes alteraciones de la vista, durante el período álgido del cólera.

B. Las *causas ocasionales* son una contusion del globo, una operacion practicada en el interior del ojo, la exposicion á una luz demasiado brillante, los excesos alcohólicos, un principio de envenenamiento con la belladona, el opio, etc.

§ II.—Síntomas.

1.° Los *síntomas objetivos* no aparecen con toda claridad. En la invasion de las inflamaciones agudas, se produce una inyeccion periquerática general ó parcial; la córnea queda brillante y cubierta de lágrimas, y la pupila resulta contraida. Pero, como ocurre casi siempre, la congestion y la inflamacion son crónicas, la inyeccion periquerática menos manifiesta, la pupila ensanchada, el globo del ojo saliente, vuelto hácia arriba y dirigido del lado en que hay mayor luz, y la marcha con algo de incertidumbre y de rareza.

Como vemos, los síntomas objetivos son muy poco aparentes.

2.° *Síntomas fisiológicos.*—Tratándose de las formas agudas, congestivas ó irritativas, como suele decirse, dichos síntomas consisten en dolores ciliares muy intensos con fotofobia y blefarospasmo. Si la enfermedad es subaguda y crónica, lo mas frecuente es que haya alteraciones de la vision reducidas á nubes mas ó menos densas que se colocan delante de los ojos ó moscas fijas, relámpagos, llamaradas líneas de fuego, penachos luminosos, y en una palabra, sensaciones

(1) R. Liebreich, *Deutsche Klinik*, n.° 6, 1861, et *Archiv. général de méd.*, 1862.

(2) Ancelon, *Note sur l'amaurose (Ann. d'oculist.*, Bruxelles, 1855, t. XXXIV, página 244).

diferentes que se conocen bajo la denominacion general de *fotopsia*. Otras veces hay *eropsia*, es decir, que los objetos aparecen rodeados de colores varios y de anillos irisados. Tambien puede la vista ser doble *(diplopia)*, hallarse reducida ó no distinguir los objetos sino con la mitad de su magnitud horizontal ó vertical *(hemiopia)*.

Todos estos síntomas indican de un modo evidente la alteracion del aparato nervioso óptico; pero pertenecen á alteraciones muy distintas, y que solo el oftalmóscopo permitirá conocer con toda precision.

3.° *Síntomas anatómicos y oftalmoscópicos de las especies*.—a. **De la congestion de la retina.**—Cuando la hiperemia es general (1), el fondo del ojo aparece encarnado, y la papila no se distingue sino por el punto de emergencia de los vasos de la retina, en medio del color uniforme de dicha membrana. Todo el intervalo de los vasos es rojo, y en cuanto estos engruesan algo, al momento se comprende que la retina debe dicha coloracion á las ramas vasculares que irradian desde la papila á la ora serrata. Para que estemos autorizados á declarar que una retina se halla hiperemiada, es necesario que la situacion que acabamos de describir, esté muy patente, porque la vascularizacion de la retina varía mucho, segun los sugetos, siendo sobre todo muy grande durante la juventud. Es necesario tambien que el enrojecimiento sea permanente, y que se observe lo mismo al principio que al fin de la exploracion oftalmoscópica. La hiperemia parcial se observa casi exclusivamente sobre la papila, que, en lugar de tener un matiz blanco-rosáceo, adquiere color de rosa fuerte.

Se llama la hiperemia activa, cuando el color depende de un desarrollo anormal de las arterias y de los capilares; se llama pasiva, cuando las venas son mas voluminosas y presentan varicosidades considerables. La primera acompaña á las inflamaciones de las membranas del ojo; la segunda revela un trastorno de la circulacion general, donde la presencia de un tumor impide el retroceso de la sangre venosa.

b. **De la retinitis.** — Cuando es sobre aguda, no puede realizarse el exámen oftalmoscópico; pero cuando la inflamacion es moderada ó ha pasado al estado crónico, ya es fácil hacer la inspeccion del [illegible]. Y entonces á los fenómenos de congestion, indicados antes, vienen á añadirse otros caracteres que revelan la infiltracion serosa. Estos caracteres son: una falta de trasparencia de la retina, principalmente alrededor de la papila, cuyos contornos se distinguen menos, y un matiz agrisado que oculta la estructura de la coroides, y en [illegible] centro aparecen grandes venas y aun pequeños focos apopléticos. Estos fenómenos objetivos pertenecen á la retinitis serosa.

c. **La retinitis parenquimatosa plástica** se caracteriza por exudaciones difusas ó circunscritas, situadas en la papila y sus alrededores, y

(1) Follin, *Leçons sur l'exploration de l'œil*, 1863, p. 115.

que generalmente siguen la direccion de los vasos. Tienen un color gris azulado ó amarillento. Los vasos de la retina se hallan enmascarados é interrumpidos por estas exudaciones (1), carácter que los distingue de las exudaciones coróideas por delante de las cuales se dibujan los vasos de la retina. Su sitio predilecto, hácia arriba y hácia abajo en la direccion de los vasos, las separa con toda limpieza de las placas mas blancas y mas nacaradas de la coroiditis atrófica, situadas generalmente de un modo trasversal y hácia el lado exterior de la papila.

La figura adjunta da una idea de las alteraciones avanzadas de la retinitis plástica.

d. **De la retinitis pigmentaria.**—Esta afeccion singular, observada primeramente por de Graefe, muy bien descrita por Donders (2), y á la cual consagró Mooren una monografía importante, se caracteriza al principio por una hemeralopía ligera, despues por una reduccion progresiva del campo visual, y últimamente por la pérdida de la vista. Los signos oftalmoscópicos están mas acentuados; la vascularizacion de la retina parece como que disminuye, y su superficie se presenta cubierta con capas de pigmentum, afectando la forma de corpúsculos óseos y dispuestas generalmente en líneas concéntricas (3), que ocupan desde la ora serrata hasta la proximidad de la papila. Esta es mas pálida de lo que acostumbra ser, sus contornos aparecen menos distintos, y sus vasos, en los períodos avanzados, se pierden entre los conjuntos pigmentarios.



Fig. 88.—Amaurosis retiniana del ojo izquierdo. Papila óptica cubierta, vasos centrales en camino de obliterarse, hasta el punto de que sea difícil distinguir la vena de la arteria; depósitos blanquecinos de diferentes magnitudes en la retina y alrededor de su parte central; el estado inicial de estos depósitos tiene la forma de puntos blancos colocados al lado de los vasos ó á lo largo de su trayecto. (Sichel, *Inconographie ophthalmologique*, p. LXXIX fig. 1.)

e. La **retinitis purulenta** no es mas que una enfermedad aislada. Forma parte de la oftalmitis, y no permite que se efectúe el exámen oftalmoscópico.

f. La **retinitis sifilítica**, casi siempre combinada con la coroiditis de la misma naturaleza, se presenta ya con una hiperemia venosa de

(1) Véase Follin, *loc. cit.*, pl. II, fig. 3.—Fano, pl. III, fig. 10.—Émile Martin, *Atlas d'ophthalmoscopie*, pl. V, fig. 5.—Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, pl. LXXVIII, fig. 6.

(2) Donders, *Arch. für Ophthalmologique*, Band III, Abtheilung I, S. 139, 1857.

(3) Émile Martin, *Atlas d'ophthalmoscopie*, pl. V, fig. 6.

la retina y un aspecto azulado particular, ya con un matiz rojo pálido, algo granulosa y mate, sobre todo en algunos puntos, como si estuviera recubierta de una ligera capa exudativa (1). Estos síntomas no tienen caractéres suficientemente constantes para servir al diagnóstico de la afeccion, sin los conmemorativos y los signos generales de la sífilis constitucional.

g. La **retinitis albuminúrica** se presenta bajo tres estados, que se hallan en relacion con la importancia y la antigüedad de la enfermedad. Al principio solo se puede demostrar una simple hiperemia de la papila y de la retina; pero despues vénse aparecer en diferentes puntos unas manchas blancas ó amarillentas, que resultan ya de la esclorosis de los nervios, ya de degeneraciones adiposas. Al mismo tiempo, suelen distinguirse casi siempre unos pequeños focos hemorrágicos de diferente color, segun su antigüedad. Este aspecto de la retinitis albuminúrica tiene mucho de característico y se halla perfectamente representado en todos los atlas de oftalmoscopia (2). Lécorché (3) da de ella una descripcion exacta.

La *congestion*, las *hemorragias* y *las degeneraciones grasas*, se suceden ó se acompañan con mucha frecuencia; pero la enfermedad puede detenerse en el período congestivo é ir seguida de una completa curacion. Estos favorables resultados pertenecen á las albuminurias pasajeras, sin desorganizacion de los riñones.

La *retinitis glicosúrica* es mucho mas rara que la forma precedente, y sus alteraciones mucho menos estudiadas. Parece, sin embargo, que despues de algunos trabajos, el exámen microscópico ha conseguido descubrir ciertas lesiones casi análogas á las de la retinitis albuminúrica (4).

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

Las congestiones é inflamaciones de la retina, pueden tener una marcha aguda, establecerse casi repentinamente y desaparecer de igual manera por consecuencia de un tratamiento antiflogístico conveniente. Pero esto no es lo regular. Generalmente nacen con lentitud y por sucesivas impulsiones que acaban introduciendo en la textura de la retina modificaciones profundas: esclorosis de las fibras nerviosas, degeneracion grasa de los vasos y atrofia de la retina por exudaciones que comprimen los elementos nerviosos. Terminan casi constantemente con la pérdida mas ó menos completa de la vista.

(1) Sichel, *Iconogr. ophthalmologique*, pl. LXXVIII, fig. 5.
(2) Véase Fano, *loc. cit.*, pl. IV, fig. 15.—Émile Martin, pl. VI, fig. 8 y 9.—Follin, pl. I, fig. 6.
(3) Lécorché, *De l'altération de la vision dans la néphrite albumineuse*, tésis de Paris, 1858.
(4) Émile Martin, *Atlas d'ophthalmoscopie*, Paris, 1866, pl. VI, fig. 4.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Es imposible llegar á un diagnóstico preciso, sin recurrir antes al oftalmóscopo. No hay, en efecto, caractéres bastantes para reconocer una amaurosis dependiente de una inflamacion de la retina, de otra amaurosis que proceda de alteraciones de la coróides ó de lesiones del nervio óptico, sin el auxilio de este precioso elemento. En el siguiente capítulo podremos ver los caractéres propios de las amaurosis cerebrales. Para distinguir las enfermedades de la retina, de las afecciones correspondientes de la coróides, será preciso tener en cuenta el estado de los vasos de dicha retina. Estos se encuentran por lo general interrumpidos y ocultos por las exudaciones fibrosas y los focos apopléticos en las enfermedades de la retina; mientras que permanecen visibles, por toda su longitud, en las afecciones de la coróides. Sin embargo, suele ser imposible el diagnóstico; porque son tan frecuentemente simultáneas las alteraciones de la coróides y de la retina, que muchos médicos las describen juntas, bajo la denominacion de *retino-coroiditis*.

Pronóstico.—Siempre es grave. No hay ejemplo de que se haya curado una retinitis pigmentaria. Y en cuanto á las retinitis plásticas, como no sean de orígen venéreo, tienen una gravedad que se halla relacionada con su amplitud y el lugar de la exudacion. Cuando se efectúa en el nivel de la mancha amarilla, puede extinguirse la vista completamente. No conviene, sin embargo, desesperar siempre de todas las variedades de retinitis. Mientras que no están mas que en el período congestivo, aun puede esperarse que curen. Del mismo modo en el curso de la albuminuria, siempre que hácia el fondo del ojo solo se vea una congestion sencilla, será posible el restablecimiento de la vista; y á veces de una manera repentina é inesperada. Deval cita ejemplos de esta clase de curaciones (1).

§ V.—Tratamiento.

Nada tenemos que decir respecto del tratamiento que no se haya indicado antes en el artículo COROIDITIS. En cuanto á las retinitis albuminúrica, sifilítica y glicosúrica, el mismo tratamiento aplicable á la enfermedad principal, será necesario dirigirlo contra ellas (véase estas enfermedades). Si el estado del paciente lo permite, cuando la reaccion inflamatoria del lado del ojo sea violenta, podrá operarse sobre la congestion local con sanguijuelas, vejigatorios y revulsivos intestinales, pero dejando al órgano enfermo en el reposo mas absoluto.

(1) Deval. *loc cit.*, p. 714.

2.° ENFERMEDADES DIVERSAS DE LA RETINA.

A. **Hemorragia de la retina.** —Es una consecuencia de la cong de la retina y se observa en iguales circunstancias. Muchas determina la pérdida de la vision, sin saber qué enfermedad producido, como no se efectúe un exámen directo. La hemo tiene lugar por todos los puntos, ya sobre la papila, ya sobre quier otro parajo. Mediante el alumbrado oftalmoscópico es m cil percibir una mancha roja que se halla situada superficial en el plano de los vasos de la retina (fig. 89) (1). Estas hemor son circunscritas; pero pueden ser difusas, efectuarse en mucho tos y aparentar, como dice Follin, lo que se ha llamado siemb morrágica del cerebro, hecho que se observa con especialidad retinitis albuminúrica. El aspecto del foco apoplético cambia el tiempo, pasando del color rojo al negro, y de este al amarillo desaparecer luego mas ó menos completamente. No obstante, ser raro que la vista se restablezca bien.

La figura 89, copiada de la *Iconographie ophthalmologique* chel, representa un magnífico ejemplo de apoplegía de la retin

B. **Desprendimiento de la retina.**—Los antiguos conocian esta cion, porque puede obse á simple vista, al través pupila, cuando el desp miento es considerable. designaban con el nom *hidropesia sub-retinian* mecanismo del desprendin de la retina, varía segun l sos: unas veces es sangre rosidad que se derraman la retina y la coróides par prenderlas; otras, una cion de la retina hácia ad resultado de adherencia la membrana hyaloidea; y do el cuerpo vítreo se ab y reabsorbe y la coróid compromete en un estaf de la esclerótica, aunque tina quede en su lugar, bien se efectúa un despr miento y se da ocasion vacío que llena la serosid



Fig. 89.—Amaurosis retiniana, congestiva y apoplética, del ojo izquierdo. Hiperemia muy pronunciada de la retina. Foco apoplético extenso de la parte inferior de dicha membrana, colocado en la proximidad de los vasos dilatados y conteniendo siete focos apoplécticos mas pequeños, bastante circunscritos y de sangre mas oscura. Extravasacion de la sangre á lo largo de las paredes de los vasos. La posicion de la pupila óptica y de los vasos se halla indicada á lo lejos, sobre la derecha y fuera de los límites del dibujo. (Sichel, lámina LXXIX, fig. 2.)

Durante el desprendim

(1) Sichel, *Inconographie opththalmologique*, pl. LXXIX, fig. 2.—E. Follin figura 6.—Émile Martin, pl. V, fig. 4.—S. Fano, pl. III, fig. 9 y 10.

de la retina, siempre se altera la vista. Los enfermos solo ven bien parte de los objetos, y generalmente la inferior, porque realizándose el desprendimiento en la mayoría de los casos hácia abajo, impide que se perciban las imágenes pintadas cerca de dicho punto. Detrás del cristalino, y aun sin el recurso de instrumento alguno, suele notarse una masa amarillenta, abollada y temblorosa. Con el oftalmóscopo se analizan mejor los detalles de este tumorcito. Tiene color gris, algo trasparente; su superficie se halla arrugada y surcada por línas negras, que indican la situacion de los vasos; es movible, y tiene consistencia gelatinosa, carácter que la diferencia de los desprendimientos de la coróides, que aparecen bajo la forma de tumores negruzcos é inmóviles. Esta afeccion, que tiene gran tendencia á desarrollarse, se cura rara vez. De Graefe (1), sin embargo, ha observado un caso de curacion completa.

El tratamiento medicamentoso es nulo. Sichel, Kittel y de Graefe, han tratado de buscar salida al líquido derramado debajo de la retina, con éxito mas que dudoso.

C. **Cisticercos de la retina.**—Aunque mas frecuentes en el cuerpo vítreo, tambien se han encontrado cisticercos en el tejido celular que hay debajo de la retina, por de Graefe. Estos se presentan bajo la forma de una masita redondeada ó periforme, por delante de la cual corren los vasos de la retina. El carácter patognomónico de la naturalezadeeste tumor, consiste en los movimientos expontáneos que efectúa el entozoario para hacer que salga su cabeza de la vesícula caudal. Su presencia incomoda mucho para el acto de la vista, y es dudoso que haya una operacion eficaz que lo destruya.

D. **Cáncer de la retina.** *(Ojo de gato amaurótico de Beer).*—Cuando llega á un período avanzado, es muy fácil de diagnosticar, porque ya ha invadido todo el globo del ojo. En el principio solo es susceptible de reconocerse por medio del oftalmóscopo, manifestándose entonces bajo la forma de placa nacarada, cambiante y recubierta por los vasos; pero despues crece su elevacion, se recubre de vegetaciones y presenta variados reflejos (2).

E. **Trastornos circulatorios de la retina.**—*La anemia de la retina* aparece en la clorosis y la leucemia; pero se observa con mas frecuencia como resultado de aquellas afecciones del cerebro y del nervio óptico que impiden la circulacion de la retina y que realizan la atrofia de este último. Se conoce en la palidez de la retina; en la pequeñez de los vasos que salen de la papila; en el menor color de esta última respecto del que tiene normalmente, y en hallarse atrofiada muchas veces.

F. **El aneurisma de la arteria central** se observa en raras ocasio-

(1) Alb. de Graefe, *Décollement rétinien consécutif à un abcès rétro-bulbaire, recollement de la rétine et rétablissement de ses fonctions après l'ouverture de l'abcès (Klinische Monatsblätter; Annales d'oculist.*, 1863, t. XLIX, p. 244).

(2) J. Sichel, *Iconographie ophtalmologique*, pl. LVI, fig. 1 y 2; pl. LV, fig. 1.

nes. Sous, de Burdeos (1), ha tenido la oportunidad de ver un ejemplo con el oftalmóscopo. Consistia en un tumorcito colocado sobre los confines de la papila, rojo y susceptible de pulsaciones; y además teniendo filiformes las arterias de la retina, ofrecia venas dilatadas.

G. **Las embolias de la arteria central** son mas frecuentes. Virchow (2) fué el primero que las caracterizó, y despues de él han venido muchos prácticos á observarla. Casi siempre se producen en el curso de una afeccion del corazon. Sus manifestaciones son repentinas, turbándose ó extinguiéndose completamente la vista en el espacio de algunos minutos. Iluminando la retina, pueden llegar á demostrar fenómenos muy curiosos. Las arterias se presentan pálidas y vacías de sangre, y las venas resultan hinchadas en su periferia, siendo á menudo asiento de ondulaciones reprimidas, como si se precipitase la sangre desde la periferia al centro. Algunas veces se distinguen, sobre el trayecto de las arterias, unas masas pequeñas de color oscuro, y formadas probablemente de coágulos sanguíneos. Sin embargo, la papila y la retina llegan á ser opacas, y la papila adquiere un aspecto tendinoso, llegando hasta atrofiarse. La curacion de semejante enfermedad nunca es completa, y el tratamiento que reclama se considera muy incierto. Todo lo mas que podremos permitirnos, será combatir las complicaciones, en el caso de que se presenten (3).

ARTÍCULO II.

DE LAS ENFERMEDADES DEL NERVIO ÓPTICO, EN SUS RELACIONES CON LAS ENFERMEDADES DEL CEREBRO Y DE LA ÓRBITA.

La fisiología experimental y patológica demuestra que los tubérculos cuadrigéminos; la capa cortical de los tálamos ópticos (Gratiolet); los cuerpos franjeados interno y externo, y los nervios ópticos en toda su extension, no pueden alterarse sin que la vista se perturbe. De donde se deduce que las diversas afecciones del encéfalo, de sus envolturas y de la caja del cráneo, las congestiones, las inflamaciones, las hemorragias y los tumores deben ser, en muchas circunstancias, causas de amaurosis; ya porque compriman y desorganicen los orígenes del nervio óptico, ya porque las alteraciones circulatorias de que son asiento se comuniquen con los vasos nutritivos del nervio óptico. La arteria central procede de la carótida, y no suministra capilar alguno al nervio óptico, recibiendo este sus vasos de las arterias cerebrales mismas (4). Y de aquí resulta que sus alteraciones

(1) Sous (de Bordeaux), *Ann. d'ocul.* Bruxelles, 1865, t. LIII.
(2) R. Virchow, *Archiv. für patholog. Anatom.* Berlin, t. IX, p. 307, y t. X, página 179.
(3) R. Liebreich, *Atlas d'ophthalmoscopie*, Paris, 1863, pl. VIII.
(4) Galezowski, *Étude sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent*, thése de doctorat. Paris, 1866, p. 33.

pueden estar aisladas hasta cierto punto de las de la retina, aunque siempre acaben por asociarse entre sí. Ahora bien; fundándose en las condiciones de la union íntima del nervio óptico y del cerebro, ha sido como últimamente algunos médicos, y Bouchut entre otros, llegaron á creer que era posible, mediante solo la inspeccion de la papila, leer en el cerebro mismo, por decirlo así, y reconocer los fenómenos patológicos que dentro de él ocurren. Mucha exageracion hay en este modo de ver. Sin embargo, algo tiene de positivo, y ciertamente que conviene bastante conocer las modificaciones de la pupila, si hemos de darnos cuenta exacta de ciertas variedades de amaurosis inexplicables, por una lesion de las membranas del ojo.

§ I.—Division.

Las enfermedades del nervio óptico son: 1.° *Congestiones é inflamaciones*; 2.°, vicios de nutricion, cuyo último término es la *atrofia;* 3.°, *tumores diferentes* que solo tienen importancia bajo el doble punto de vista de la etiología de la amaurosis y de la anatomía patológica.

§ II.—Causas.

Es muy probable que el nervio óptico pueda enfermar primitivamente, pero no es lo comun. En general, sus alteraciones son secundarias de una enfermedad del cerebro, ó de un tumor desarrollado en la cavidad de la órbita y en una region próxima á ella. Los casos de congestiones sencillas del cerebro, acompañados de una hiperemia de la papila y de la retina, se han visto muy raras veces, porque en estas circunstancias es casi siempre difícil el exámen oftalmoscópico. En las fiebres contínuas, el cólera y los ataques convulsivos del histerismo, no hay duda que el cerebro pueda estar hiperemiado, y que se extienda la congestion hasta el nervio óptico. La hemorragia del cerebro rara vez va seguida de la alteracion de la vista, porque nace ordinariamente de los puntos mas lejanos de los centros nerviosos ópticos. Sin embargo, Schauenberg (1), Galezowski, Desmarres (2), etcétera, han referido hechos que prueban que la hemorragia cerebral inminente ó confirmada, determina la congestion de la papila. Bouchut (3) ha insistido acerca de la inflamacion de la papila óptica, como consecuencia y como síntoma de la meningitis, y sus observaciones han sido confirmadas por otros, aunque con restricciones. Así es, que dicho síntoma no parece constante, y para que exista es necesario que la inflamacion se localice en la base, al nivel del chiasma

(1) Schauenberg, *Deutsche Klinik*, 1854, p. 102.
(2) Desmarres, *Maladies des yeux*, t. III, p. 513.
(3) Bouchut, *De l'examen ophthalmoscopique comme élément de diagnostic dans certaines affections de l'organisme, et en particulier dans les cas de tumeurs de l'encéphale (Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 73).

de los nervios ópticos. En la parálisis general y en la ataxia locomotriz se observa algunas veces, despues de la atrofia de la papila, algunos fenómenos de congestion; pero están muy lejos de ser constantes. Las enfermedades de la protuberancia son, entre todas las afecciones del cerebro, las que determinan con mas frecuencia la alteracion de la vista. Galezowski ha encontrado 14 alteraciones de la vista entre 59 enfermos de protuberancia, y Ladamie (1), 10 entre 26. Los diferentes tumores de las meninges de la base del cráneo dan lugar á idénticos fenómenos, así como las de la órbita y de la fosa speno-maxilar, segun los ejemplos presentados por Galezowski y Demarquay (2).

§ III.—Síntomas comunes á las diferentes enfermedades del nervio óptico.

El globo del ojo no presenta generalmente cosa alguna de particular, á menos que lo desaloje cualquier tumor de la órbita, determinando en él cambios de forma ó de posicion; tampoco hay inyeccion periquerática, pero la pupila aparece dilatada é inmóvil. Los trastornos de la vision consisten en una debilidad repentina ó progresiva, con fotofobia y fotopsia, ó sin ellas. Muchas veces hay hemiopía, fenómeno que se explica por el hecho de que cada nervio óptico se halla compuesto de fibras que proceden de ambas fajas ópticas, de tal manera, que se halla dividido el campo visual por mitades laterales, cuando la lesion tiene lugar sobre una faja, antes de que llegue á cruzarse con la otra. Al mismo tiempo hay casi siempre signos concomitantes de enfermedad del cerebro y de la médula: dolores de cabeza, parálisis parciales y generales, perturbacion de la inteligencia y pérdida de la memoria. Con estos síntomas ya puede presumirse que existe una alteracion del nervio óptico; pero solo el oftalmóscopo será capaz de determinar su naturaleza.

De los diversos estados de la papila, relacionados con las alteraciones del nervio óptico, y de las enfermedades del cerebro que originan.

A. **Congestion é inflamacion.**—La papila es mas ancha que en el estado normal; sus contornos se hallan mal definidos, y presenta un ligero abultamiento hácia adelante. Su superficie aparece cubierta de muchos vasos capilares y apretados, habiendo en ocasiones una pequeña exudacion sobre los confines de la papila, y algunas hemorragias capilares (3). La arteria central de la retina, mas bien resulta disminuida de volúmen que ensanchada; pero las venas, por el con-

(1) Ladamie, *Des tumeurs de la protubérance annulaire* (*Arch. génér.*, 1865, 6.ª série, t. IV, p. 129 y 278).
(2) Demarquay, *Traité des maladies de l'orbite*. Paris, 1860, p. 499.
(3) Véase Galezowski, thèse de doctorat, pl. IV.—Émile Martin, pl. V, fig. 1.



trario, están hinchadas. Este estado indica una congestion inflamatoria de la sustancia del nervio óptico. Cuando solo existe en un lado, significa que se encuentra localizada en el cerebro la causa de la alteracion, ó que consiste en un tumor de la base ó de la órbita.

En lugar de aparecer sobre toda la extension de la papila, la inyeccion puede presentarse visible únicamente en el contorno, como resulta de la figura 5 de Galezowski (4). Y aquí tenemos, segun se asegura, el indicio de una perineuritis, resultante de la inflamacion de las meninges del cerebro, propagada á las membranas de la cubierta del nervio óptico. De creer es que sean necesarias muchas observaciones antes de admitir este punto de doctrina tan delicado.

B. **Atrofia del nervio óptico y de la papila.**—La congestion y la inflamacion agudas, despues de haber determinado la hiperemia de la papila, la intumescencia y el reblandecimiento del nervio óptico, y las diferentes alteraciones de los tubos nerviosos y del tejido que los rodea, desaparecen por completo ó pasan al estado crónico; y entonces ocurren varios fenómenos, que consisten en la atrofia de los vasos y las degeneraciones grasas y escleróticas de los tubos nerviosos. Estos diferentes estados se revelan en el oftalmóscopo, por la atrofia de la papila. Cuando esta sigue á una nevritis óptica, se halla caracterizada (fig. 6 de Galezowski) por contornos irregulares, guarnecidos de franjas, y mal limitados del disco óptico, y por un color blanco que depende de la atrofia de los capilares y de los mismos vasos centrales.

La atrofia de la papila no siempre es de orígen francamente inflamatorio. Algunas veces procede de un vicio de la nutricion, consecutivo de cualquier enfermedad cerebral. Y se designa con el nombre de *atrofia progresiva*. El color de la papila es blanco y anacarado, que refleja fuertemente la luz. Los vasos capilares han desaparecido; las arterias y las venas centrales se dibujan claramente, presentando un volúmen casi normal; la *excavacion de la papila* se produce algunas veces al mismo tiempo que la atrofia, y se reconoce por el cambio de direccion de los vasos, como en el glaucoma, con la diferencia de que allí falta la pulsacion expontánea de dichos vasos, y que el aspecto de criba que tenia la papila ha desaparecido (1). Las atrofias de la papila son mucho mas frecuentes en el hombre que en la mujer. Segun los datos de Galezowski, de 100 atrofias de la papila, resultan 70 pertenecientes á hombres, y solo 25 á mujeres. Esta diferencia se ha tratado de explicar por el abuso que hacen los hombres del tabaco y de los alcohólicos, sin que los autores partidarios de dicha etiología, hayan aducido suficientes pruebas para apoyar sus doctrinas; pero en todo caso, la atrofia de la papila se considera como

(1) Galezowski, *Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique*, tésis. Paris, 1865.

(2) Fano, *loc. cit.*, pl. III, fig. 2.—Émile Martin, pl. VII, fig. 2 y 3.—Sichel, *Iconographie ophtalmologique*, pl. LXXVIII, fig. 2, 3, y 4.

carácter de una amaurosis de orígen cerebral. Sin embargo, puede ser consecutiva de una alteracion de la coróides ó de la retina; mas entonces el oftalmóscopo descubre un estafiloma posterior, una retinitis pigmentaria, ó cualquiera otra lesion de la cual pueda nacer la atrofia de la papila.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Las enfermedades del nervio óptico tienen diferente marcha, segun la naturaleza y la persistencia de la causa que las produce. Mientras que las congestiones simples pueden terminar favorablemente en el espacio de algunos dias, las inflamaciones son siempre de larga duracion, y concluyen con demasiada frecuencia atrofiando el nervio óptico y la papila. Aun en este caso son susceptibles de curar, pero solo excepcionalmente. En cuanto á las atrofias lentas, progresivas y subsiguientes de una ataxia locomotriz ó de otras afecciones largas y casi constantemente fatales, tambien conducen de un modo insensible, pero positivo, á perder la vista irremediablemente.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Antes del descubrimiento del oftalmóscopo, se entregaban los autores á una multitud de consideraciones, mas ó menos ingeniosas, para establecer el diagnóstico de los que conocian y aun conocemos nosotros con el nombre de amaurosis cerebral. Pero hoy han desaparecido casi todas las dificultades. Ya no se puede confundir afeccion alguna de esta especie con una catarata, ni con un glaucoma (véase p. 1007), y á lo mas habrá la duda de que sea un trastorno de la vista, dependiente de una enfermedad intra-ocular. Lo que hemos dicho acerca de los signos oftalmoscópicos de las afecciones de la coróides y de la retina, servirá para desvanecer todo género de obstáculo; pero es preciso no incurrir en el error de considerarlos como pertenecientes á una atrofia de la papila, cuando esta se halle sana por completo. A este fin, conviene recordar que hay papilas que en su estado normal tienen una especie de reflejo, susceptible de aparecer como si perteneciera á una atrofia.

La exploracion del grado y de la extension de la vista, y el estudio minucioso de todas las partes del ojo, deberá siempre preceder á todo diagnóstico racional. Y el conocimiento de las fosfenas tambien será de gran utilidad en ciertos casos difíciles.

Pronóstico.—La gravedad del pronóstico resulta de las consideraciones que preceden, y se halla indicado igualmente por las dudas y las incertidumbres de una terapéutica mas complicada que eficaz.

§ VI.—Tratamiento.

Tres condiciones principales hay que llenar cuando se trata de las enfermedades del nervio óptico de orígen extra-ocular: 1.°, combatir la afeccion del cerebro, extirpando cuando sea posible, y resolviendo los tumores que compriman el nervio óptico; 2.°, disminuir la intensidad de los fenómenos congestivos en el globo, en los primeros períodos de la alteracion visual; 3.°, procurar que desaparezcan los trastornos secundarios y especialmente la atrofia del nervio óptico.

Enfermedad cerebral.—Cuando se anuncia la afeccion del cerebro por dolores de cabeza y síntomas congestivos, deberán ordenarse sangrías generales y emisiones sanguíneas locales, segun las fuerzas del enfermo y la intensidad de la congestion cerebral.

Cuando haya lugar á suponer que el enfermo padezca una *afeccion* sifilítica, se sujetará al tratamiento correspondiente, bajo todas sus formas y con persistencia, prefiriendo siempre los *mercuriales* y los iódicos. (Véase tomo I, artículo SÍFILIS.)

Ricord ha obtenido buenos resultados de un medicamento en el cual entran ambas sustancias:

Ioduro potásico..........	15 gram.	Jarabe de goma ó de zarza parrilla...........	500 gramos.
Ioduro mercúrico.........	15 centíg.		

Para dar una cucharada grande por mañana y noche, con un cocimiento de hojas de saponaria ó de dulcamara.

Deval (1) asegura que las píldoras de Sédillot triunfan de los accidentes amauróticos graves y de la parálisis sifilítica del tercero y sexto par.

R. Ungüento mercurial doble.	3 gram.	Polvos de regaliz............	1 gram.
Jabon medicinal.........	2 gram.		

Para veinticinco píldoras, que se tomarán en esta forma: una por mañana y noche; otra mas al cabo de cinco dias, y hácia el décimo quinto del tratamiento, dos por la mañana y dos por la tarde.

El licor de Van Swieten en dósis de una á dos cucharadas por dia, administrado bajo la forma de unturas para friccionar el contorno de la órbita, así como las demás preparaciones iodadas y mercuriales, han proporcionado algunos casos de curacion á Desmarres, Sichel, Cusco, Galezowski, Deval, Lagneau (2) de Graefe (3). etc.

Convendrá insistir en el uso del ioduro de potasio á dósis progresivamente crecientes, desde 1 hasta 4 gramos por dia, porque la

(1) Deval, *loc. cit.* p. 134.
(2) Lagneau, *Maladies syphilitiques du système nerveux.* Paris, 1859.
(3) Alb. de Graefe, *Affections syphilitiques des yeux* (*Arch. génér. de méd.*, 1859, 5.ª série, t. XIII, p. 347).

amaurosis sifilítica de orígen extra-orbitario pertenecerá á la sífilis lenta.

Cuando las alteraciones de la *ataxia locomotriz* se han propagado ya al nervio óptico, no será prudente confiar en su curacion. Sin embargo, podrá administrarse interiormente, el nitrato de plata. Esta sustancia ha sido recomendada por Graves (1) y Vulpian (2). Tambien podremos seguir el método de Trousseau (3) y prescribir la belladona en dósis crecientes. (Véase tomo I, artículo ATAXIA LOCOMOTRIZ.)

Alteraciones del nervio óptico en sus primeros períodos.—Se inauguran con la hiperestesia de la retina, la fotofobia y la fotopsia. Contra dichos estados hay que emplear sanguijuelas detrás de las orejas y alrededor de la órbita, y revulsivos cutáneos ó intestinales. Tambien conviene mucho el uso de aplicaciones narcóticas, cataplasmas de hojas de beleño, de peregil y de perifollo, ó bien compresas empapadas en la siguiente solucion:

Ácido clorhídrico medicinal..	2 gram.	Agua destilada...........	150 gram.

y tambien fricciones periorbitarias con la pomada siguiente:

Extracto de acónito.........	2 gram.	Extracto de beleño..........	4 gram.
Extracto de estramonio......	2 gram.	Manteca..................	15 gram.

Mézclese (4).

De Graefe ha preconizado las emisiones sanguíneas por medio de la sanguijuela artificial de Heurtelop, aplicándola de noche en el momento de acostarse, y recomendando al enfermo guarde cama durante todo el dia siguiente, en una habitacion á oscuras, para evitar los inconvenientes de la hiperemia de los vasos del ojo que sigue á la deplecion de los vasos de la sien (5).

Atrofia del nervio óptico (*amaurosis* (*confirmada*).—En primer lugar convendrá recurrir á los estimulantes. Tambien se aplican diariamente fricciones sobre las sienes con éter sulfúrico, el aceite de menta, el bálsamo de Fioraventi, y la exposicion de los ojos á los vapores amoniacales; pero ninguno de estos medios alcanza eficacia positiva.

Gondret y Lisfranc atribuyen gran importancia á los vejigatorios volantes puestos alrededor de la órbita. La fórmula del primero de ambos autores puede formularse del modo siguiente:

Amoniaco de 28°........	12 gram.	Aceite de almendras dulces...	2 gram.
Manteca de cacao.......	12 gram.		

(1) Graves, *Leçons de clinique médicale*, traduction par Jaccoud.

(2) Charcot et Vulpian, *Note sur nitrate d'argent dans l'ataxie locomotrice progressive* (*Bulletin de thérap.*, 1862).

(3) Trousseau, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III, artículo ATAXIE LOCOMOTRICE.

(4) Émile Martin, *Traité medical pratique des maladies des yeux*. 1863, p. 296.

(5) Wecker, *De la sangsue artificielle et de son emploi dans le traitement des maladies des yeux* (*Bulletin de thérapeutique*, 1862. t. LXII, p. 107).

Extendiéndose esta pomada sobre un pedacito de papel redondo y aplicándola durante cinco ó diez minutos, produce una vejiga inmediata. Y la superficie desnuda de la piel sirve para facilitar la absorcion de los compuestos de estricnina.

R. Estricnina .... 2 centíg....	Polvo de nuez vómica..... 10 centíg.

Despues de separada la epidermis se espolvorea con la mezcla anterior la superficie desnuda del dermis.

Todos estos remedios tienen por objeto excitar el nervio trigémino y despertar, en virtud de una accion refleja, la actividad del nervio óptico. A este mismo fin aconsejaba Magendie, que se emplease la electricidad (1). La electricidad de corrientes contínuas es la única que ofrece ventajas. Se coloca uno de los reóforos del aparatito portátil de Gaiffe, muy cómodo para este caso, sobre el contorno de la órbita, y el otro en el ángulo externo del ojo correspondiente, y se recomienda al enfermo que cierre los párpados (2).

Estornutatorios.—Ware (3), fué el primero que los puso en práctica, pero despues los han empleado diferentes observadores, aunque con resultados sumamente problemáticos. ¡Podrá ordenarse al enfermo que tome cualquiera de los siguientes polvos en tomas de diez á veinte veces durante el dia: .

R. Calomelanos .... 10 gram.	Azúcar............... 10 gram.
Turbith mineral........ 1 gram.	Polvos de regalíz...... 15 á 20 gram.

Tambien han sido objeto de recomendacion especial algunos remedios empíricos, pero muy pocos de ellos han llegado á obtener rango en la terapéutica. Conviene, sin embargo, que citemos el uso de lentes biconvexas que tan empíricamente inauguró Schlesinger. Cunier (4), A. Bonnet, de Lyon (5), y F. Giraud-Teulon (6) dicen que han obtenido grandes resultados con esta práctica. Las lentes biconvexas concentran la luz en el fondo del ojo; obligan á este para que efectúe ciertos movimientos de acomodacion, y favorecen la excitabilidad de la retina. Siendo preciso someter al enfermo al uso diario de ellas, se principia por hacerle leer con números muy fuertes, y se continúa disminuyendo los grados. Debe subordinarse la duracion del ejercicio á la fatiga de la vista.

Resúmen del tratamiento.—Antiflogísticos en los períodos conges-

(1) Magendie, *Journal de physiologie experimentale*. t.IV, p. 156.

(2) Duchenne (de Boulogne), *De l'electrisation localisée*, 1861. p. 21, et Clavé, *Essai sur l'amaurose*, thèse de doctorat. Paris, 1852.

(3) Ware, *Observation on the Cataract and Gutta serena*. London, 1812, p. 107.

(4) Cunier, *De l'emploi des verres de lunettes dans le traitement de quelques affections oculaires* (*Ann. d'oculistique*, Bruxelles, 1842, VII, p. 87).

(5) Bonnet, *Emploi des lunettes dans ses rapports avec les troubles de la vision* (*Bull. de thérap.*, 1857, t. LIII, p. 289 y 345).

(6) Giraud-Teulon, *De la vision binoculaire*, chap. IIX, et Chavériat, *De l'amaurose et de son traitement par les lunettes*, thèse, Mayo, 1850.

tivos; mercuriales y iódicos, cuando se trate de atrofias sifilíticas; nitrato de plata y belladona contra la amaurosis de orígen atáxico; sanguijuelas alrededor de la órbita, y aplicaciones narcóticas para las congestiones é inflamaciones de la papila, y excitacion de los nervios del quinto par, estricnina, electricidad y ejercicio de la vista con lentes biconvexas, dado el caso de una atrofia.

ARTÍCULO III.

CLASIFICACION DE LA AMAUROSIS, Y TRASTORNOS FUNCIONALES DEL APARATO NERVIOSO ÓPTICO.

En los capítulos que preceden hemos visto que las enfermedades de la coróides y de la retina conducian á una pérdida mas ó menos completa de la vista, á la *ambliopía* y á la *amaurosis*.

Ésta es una *primera clase* designada con el nombre de *amaurosis ocular*. Las alteraciones del nervio óptico, consecutivas de una afeccion de la órbita ó del cerebro, constituyen una *segunda clase* que se llama *amaurosis cerebral*. Ahora bien; ¿existirá la *tercera clase de amaurosis* como resultado de una simple perturbacion nerviosa, sin lesiones aparentes de las membranas del ojo, y del nervio óptico? Esto es lo que parece evidente, aunque el número de las amaurosis nerviosas vaya tendiendo cada dia á disminuir. Así es que muchos trastornos de la vista colocados entre las alteraciones de la sensibilidad del aparato nervioso óptico, deberán referirse á un vicio de acomodacion, y las disminuciones de la vista por consecuencia de difteritis ó de envenenamientos con sustancias narcótico-acres se inclinarán probablemente, segun Follin, á una parálisis del músculo ciliar, del mismo modo que la astenia, esa enfermedad mal confundida hasta ahora con un principio de amaurosis. Sin embargo, como existen faltas completas de la vista, en casos donde no pueden demostrarse lesiones materiales, ni vicios de acomodacion, es preciso admitir que haya *amaurosis esenciales*, cuyos caractéres reasumiremos.

§ I.—Causas.

Entre las causas que las producen, hay que contar el temperamento nervioso, y particularmente el *histerismo*, cualquiera afeccion de un órgano lejano, la presencia de entozoarios en los intestinos (ascáride lumbricóide y ténia), las nevralgias del quinto par ó las heridas de algunas de sus ramas, y los vicios de la nutricion que interesan las funciones del sistema nervioso, y que se hallen determinados, ya por excesos venéreos, onanismo, espermatorrea y ancianidad (1), ya por absorcion de una sustancia naturalmente tóxica ó

(1) Galezowski, *loc. cit.*, 115.

tomada en dósis extraordinarias, como el alcohol, el plomo y cardenillo (amaurosis pelagrosa). Es posible que en muchas de las circunstancias referidas, los trastornos funcionales vayan precedidos de alteraciones del sistema nervioso óptico; pero tampoco debe aceptarse este parecer sino de un modo provisional. No obstante, si tratando de una amaurosis de la naturaleza de aquellas de que acabamos de hablar, encontraramos alguna lesion, nunca convendria considerarla como primitiva, porque á la larga puede producirse una atrofia en el nervio óptico que no funciona, del mismo modo que se manifiesta en todos los nervios atacados de parálisis durante mucho tiempo.

§ II.—Síntomas y diagnóstico.

Algunas veces los síntomas de las amaurosis esenciales se producen de repente, y en toda su intensidad. Se han visto pérdidas repentinas de la vista por consecuencia de un ataque de histerismo. En otras ocasiones, se desenvuelven de un modo progresivo, y solo despues de mucho tiempo es cuando tiene lugar la ceguera completa. Un carácter esencial de esta clase de amaurosis, y que sirve para distinguirla de las clases anteriores, es no descubrir alteracion alguna oftalmoscópica del fondo del ojo. Casi nunca van acompañadas de dolores de cabeza, de fotofobia, de fotopsia, ni, en una palabra, de los síntomas capaces de indicar una irritacion localizada del nervio óptico. La mayor parte de las veces son dobles, cuando no puede decirse que sean simpáticas de una afeccion del quinto par.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

Su marcha es caprichosa, y su duracion se halla subordinada á la persistencia ó á la desaparicion de la causa productora. Terminan generalmente curándose; si el enfermo consiente en renunciar á sus malas costumbres, y sigue un tratamiento adecuado para extinguir el orígen de la enfermedad.

§ IV.—Tratamiento.

Mackenzie refiere muchos ejemplos de amaurosis simpáticas con una nevralgia del quinto par, que han curado por la simple extraccion de un diente, como aseguran Galezowski, Travers, Caffe y Watson. Entre diez observaciones recogidas por Notta (1), acerca de amaurosis provocadas por nevralgias faciales, ocho le proporcionaron la curacion completa; una solo determinando alivio, y de la última faltóle la indicacion. La curacion de la amaurosis ha estado siempre

(1) Notta, *Mémoire sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies* (*Archiv. gén. de méd.*, 1854, 5.ª série, t. IV, p. 1, 290, 543).

subordinada á la de la nevralgia, y sobre esta es donde debe ponerse el mayor cuidado. (Véase tomo I, NEVRALGIA FACIAL, pág. 867.)

Las amaurosis verminosas cederán igualmente á los antihelmínticos (Véase ASCÁRIDES LUMBRICÓIDES Y TÉNIAS). Las que sean de procedencia saturnina no reclamarán otro tratamiento que el que corresponde al cólico de plomo...

Finalmente, las amaurosis esenciales que dependan de una debilidad general, ó del abuso de los alcohólicos, curarán privando al enfermo de esta clase de bebida ó sujetándole á un tratamiento tónico y reconstituyente, y á buenas condiciones higiénicas, como sucede cuando se combate la afeccion inmediata.

ARTÍCULO IV.

HEMERALOPÍA.

§ I.—Definicion.

Unas veces con el nombre de *nictalopía*, y otras con el nombre de *hemeralopía*, que ha prevalecido hasta hoy, la afeccion de que se trata consiste en un trastorno de la vista, sin lesion aparente del aparato nervioso óptico, pero caracterizado por una ceguera nocturna, y por quedar la vista completamente intacta durante el dia. Cualquiera que sea la idea que tengamos de esta enfermedad, deberemos referirla á una alteracion puramente funcional de la retina.

§ II.—Historia.

Para hacer la historia de la hemeralopía, es preciso remontarse á la época de Hipócrates y venir siglo por siglo estudiándola hasta nuestros dias. Siempre ha existido esta enfermedad. Los trabajos mas importantes que se han hecho sobre ella, pertenecen á los médicos de la marina y del ejército. Roussilhe-Chamseru (1), Bomfield (2), Larrey (3), Fonssagrives (4), Netter (5), Audouit (6), Laveran (7) Baizeau (8) y otros muchos la han consagrado monografías que importa

(1) Roussilhe-Chamseru, *Recueil de la Société de médecine*, 1786 et 1797,
(2) Bomfield, *Transactions médico-chirurgicales*, t. III, p. 32.
(3) Larrey, *Clinique chirurgicale*, t. IV y V.
(4) Fonssagrives, *Hygiène navale*. Paris, 1856, p. 354.
(5) Netter, *Gazette médicale*, 1854, p. 122.
(6) Audouit, *De l'héméralopie*, thèse de Paris, 1855, n.° 49.
(7) Laveran, *Sur l'héméralopie* (*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 730).
(8) Baizeau, *De l'héméralopie épidémique* (*Recueil des mémoires des médecine et de chirurgie militaires*, 3.ª série, t. VI, p. 81 y 177).

mucho consultar. La de Baizeau, que es la mas completa acerca de este punto, está perfectamente de acuerdo con la ciencia, y ha de favorecer mucho nuestro plan.

§ III.—Causas.

Los médicos han observado la hemeralopía en estado *esporádico*, *endémico* y *epidémico*; pero las manifestaciones de esta última clase son las mas comunes. Entre las causas que la originan figuran tantas que aun no se ha podido resolver la cuestion de procedencia de una manera positiva.

1.° *Causas predisponentes individuales.—Edad y sexos.*—Ataca en todas edades; pero durante la adulta es cuando hay mayor exposicion de sufrirla. El sexo femenino goza de una inmunidad relativa, por mas que no se encuentre completamente á cubierto de su influjo. La mayor parte de las epidemias que se refieren han tenido lugar entre marinos y entre soldados.

Climas y localidades.—La ceguera nocturna es una enfermedad de todos los climas. Por espacio de largo tiempo creyóse patrimonio casi exclusivo de los paises cálidos; pero si consultamos el trabajo de Baizeau, no podremos menos de convencernos de que ha reinado por todas partes, aunque con cierta prediieccion en las localidades bajas y próximas á las corrientes de agua. Casi todos los años se presenta en dos ó tres guarniciones de las ciudades francesas; del Mediodía, como Marsella, Avignon, Montpellier; del Este, como Lyon, Mâcon y Besançon; del Norte, como Lille, Metz, Estrasburgo, Verdun, Sedan, etc.; del Oeste, como Oléron, Belle Isle y la Rochelle, y del Centro, como Paris y Versalles. Y aparece en alguno de dichos puntos, con tan constante periodicidad, que ya la han considerado como endémica las de Metz, Estrasburgo, etc.

Estaciones.—Las epidemias tienen lugar generalmente en primavera, desapareciendo en el verano y renovándose en el otoño, aunque con menos intensidad.

2.° *Causas eficientes.*—Estas pueden colocarse en tres categorías principales: influencias atmosféricas, reverberacion solar y alimentacion.

a. *Influencias atmosféricas.*—Las transiciones de temperatura del dia á la noche, en los paises cálidos, y los enfriamientos nocturnos durante el servicio de patrullas que hacen los soldados y los marinos, han sido considerados por muchos médicos como las causas mas activas de la hemeralopía. Pero el hecho de la circunscripcion de las epidemias á un corto número de individuos colocados en iguales condiciones de enfriamientos, que las de otras personas hijas de la localidad, debe inclinarnos á poner las influencias atmosféricas en la categoría de las causas accesorias.

b. *Reverberacion.*—La reflexion de los rayos solares

pos brillantes y pulimentados, como las aguas del mar, la arena, la nieve y las paredes recien blanqueadas, es lo que produce la hemeralopía en el concepto de Jobit (1), Wharton (2), Fleury y Fonssagrives. Pero á nuestro parecer, no es posible aceptar dicha etiología, si se reflexiona que las epidemias adquieren su desarrollo en la primavera y en el otoño, y rara vez en el estío, y que generalmente dejan libres á las personas que por su ocupacion están mas expuestas á la reverberacion solar, como son los habitantes del campo en la época de las mieses.

c. *Alimentacion.*—Una alimentacion insuficiente por su variedad, unida con todas las causas debilitantes capaces de producir el escorbuto, tambien puede ser motivo de que se desarrolle fuertemente la hemeralopía, segun opinan muchos observadores. Y este modo de ver se apoya en una multitud de hechos. Dice Meissner que en Podolia, durante una Cuaresma, atacó la hemeralopía á una infinidad de personas; Joseph Frank (3) refiere hechos sumamente análogos, y Audouit asegura que de cada tres epidemias de hemeralopía, una coincide con las de escorbuto. Los oficiales y sargentos, es decir, las personas bien alimentadas relativamente hablando, se eximen de ella; mientras que los prisioneros, los mal alojados y los que efectúan marchas dilatadas sufren todas sus consecuencias. En tales casos, solo el vicio de la alimentacion es capaz de explicar los hechos ocurridos. Así es que Lefrapper, Audouit, Dutroulau, Laveran, son partidarios de la etiología que admite el empobrecimiento de la economía como causa de la hemeralopía. Pero esto no quiere decir que falten objeciones á dicha suposicion. Se explica, por ejemplo, bastante mal que en una sola guarnicion, donde son iguales todos los alimentos para la tropa, se infeste un cuartel, quedando los demás que están á sus inmediaciones completamente incólumes.

§ IV.—Síntomas.

El síntoma dominante, el que primero atrajo la atencion, es la ceguera que se produce á la caida de la tarde, y en el momento que desaparece el sol del horizonte. Pero la ceguera nocturna nunca es completa. Ven los enfermos á mayor ó menor distancia la luz de una bujía, pero se hallan incapacitados de dirigirse á ella. Durante el dia, la vista se encuentra muy debilitada, y basta que los enfermos se coloquen en un recinto oscuro para que dejen de ver al momento, lo que demuestra que la alteracion de la vista es permanente y de ningun modo intermitente, y que se halla disminuida por falta de una gran cantidad de rayos luminosos. La debilidad de la vista puede ser tal, que el enfermo llegue á verse incapacitado para trasladarse de un

(1) Jobit, thèse de Montpellier, 1829.
(2) Wharton, *Amer. Journ. of the med. science*, 1834.
(3) Joseph Frank, *Pathol. interne*, t. III, p. 542.

punto á otro durante el dia, pero esto solo deberá considerarse como hecho excepcional.

Hay algunos síntomas que, aunque constantes en el concepto de ciertos autores, no deben tenerse sino como accesorios, porque en realidad faltan muchas veces. Nos referimos á la inyeccion de la conjuntiva, al lagrimeo, á la dilatacion de la pupila, á los dolores de cabeza, y á esa alteracion descrita por Bitot (1) y Villemin (2), y que consiste en una manchita situada en la conjuntiva, muy cerca de la córnea, blanquecina, de superficie sin pulimento, y en cuyo rededor circulan las lágrimas sin mojarla, del mismo modo que si se hallaran al contacto de una mancha de aceite. Esta lesion pequeña no es otra cosa que una descamacion epitélica que nunca podrá considerarse como patognomónica y mucho menos como causa de ceguera, pues que falta en la mayor parte de los casos. Con el exámen oftalmoscópico nada se descubre en el fondo, y la anatomía patológica solo revela lesiones insignificantes.

§ V.—Curso, duracion y terminacion.

El curso de cada uno de los casos es bastante regular. La afeccion termina en ocho ó en quince dias, sin dejar huella alguna. Y solo en virtud de un hecho excepcional (Baizeau) es como puede pasar al estado crónico. La epidemia en conjunto puede durar tres ó cuatro meses, desapareciendo despues para presentarse hácia la misma época. Generalmente ataca á un regimiento, lo sigue en sus diferentes cantones, y casi nunca lo abandona hasta que han trascurrido cuatro ó cinco años.

§ VI.—Diagnóstico.

La hemeralopía tiene síntomas tan característicos, que es muy difícil que se la confunda con cualquiera otra enfermedad. Es verdad que al principio, la amaurosis solo consiste en una debilidad de la vista; pero esta debilidad se nota mucho durante el dia, y además va siempre acompañada de diferentes síntomas subjetivos que no tiene la hemeralopía. Existe, sin embargo, una enfermedad de la retina que comienza por la ceguera nocturna, y que se llama retinitis pigmentaria ó atigrada, la cual pudiera tomarse por hemeralopía, mas su dureza indeterminada, sus lesiones constantes y su extraordinaria gravedad, la distinguen muy bien de la ceguera nocturna idiopática. Tal vez sea preciso referir á la retinitis pigmentaria aquel hecho

(1) Bitot (de Bordeaux), *Lésion conjonctivale (Bulletin de l'Academie de médecine*, 28 Abril 1863, t. XXVIII, p. 619).

(2) Villemin, *Altération épithéliale de la conjonctive dans l'héméralopie (Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 332).

singular referido por Cunier (1), de una familia, cuyos 85 miembros, 48 hombres y 37 mujeres, fueron víctimas de la hemeralopía durante 190 años. Un tal Nougaret, llamado el Provenzal, fué á establecerse en Vandemian, cerca de Montpellier, y allí trasmitió á todos sus descendientes la enfermedad que padecia.

§ VII.—Pronóstico y tratamiento.

El pronóstico nada tiene de grave en cuanto á la pérdida de la vista; pero bajo el concepto de los accidentes que puede producir y del servicio militar, tiene su importancia y sus peligros. Se han visto soldados faltos de vista nocturna precipitarse por las murallas y matarse. En Sebastopol, por ejemplo, durante la guerra de Crimea, no habia bastantes soldados útiles para montar la guardia en algunos regimientos. (Baizeau).

Se han usado muchos medicamentos contra la hemeralopía. Ahora bien: ¿habrá alguno que sea eficaz positivamente? Motivo hay para dudarlo; pero como la enfermedad suele curar por sí misma en determinadas ocasiones, cuando se sustrae al enfermo de las circunstancias que al parecer la produjeron, apenas deberemos quejarnos de la ineficacia de la terapéutica. Desde los tiempos de Hipócrates se considera al hígado de vaca como específico contra dicha enfermedad, y se daba á los enfermos para que lo comieran. Galeno decia que era muy conveniente fumigar al enfermo con un cocimiento de dicha sustancia. Pero Baizeau ha puesto en práctica este último remedio, y no ha obtenido de él mejores resultados que los que le producian las fumigaciones con los cocimientos emolientes.

Netter anunciaba que podia curar en el término de cuatro ó cinco horas á los enfermos, ejercitando su vista en gabinetes tenebrosos; pero esta gimnasia ocular no ha dado á los demás observadores éxito tan admirable como el de que se vanagloriaba Netter.

Inútil es indicar todos los medicamentos y colirios aconsejados para extinguir la hemeralopía. Solo algunos purgantes ligeros y ciertas fumigaciones emolientes, es lo que debemos permitirnos intentar contra una enfermedad que se cura por sí misma.

Nictalopía.—Esta afeccion es enteramente opuesta á la hemeralopía. Tiene por doble carácter privar á los enfermos de la vision diurna y permitirles que vean durante la noche. Pero es tan rara, y tan inciertas las observaciones sobre que descansa, que basta á nuestro objeto haberla nombrado.

(1) Florent Cunier, *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1838.

CAPÍTULO XI.

Enfermedades que interesan todo el globo ocular, oftalmitis, hidroftalmía, cáncer y melanosis.

ARTÍCULO PRIMERO.

OFTALMITIS.

§ I.—Definicion.

Muchas veces hemos tenido ocasion de recordar que la inflamacion de cualquiera de las membranas oculares podia comunicarse poco á poco á todas las demás, determinando lo que los autores llaman flemon del ojo, ú *oftalmitis*. De modo que poco nos queda ya que decir acerca de las causas de esta afeccion terrible, como acerca de sus síntomas, de su marcha y de su tratamiento.

§ II.—Causas y variedades.

Todas las flegmasías algo intensas de las membranas del ojo pueden conducir á la oftalmitis. Las oftalmías específicas sobre todo tienen este desagradable resultado. Las fiebres eruptivas, como sarampion, viruela y escarlatina, y las fiebres contínuas tíficas tambien llevan consigo igual influencia perniciosa. Y la fiebre con recargo, particularmente, ha dado lugar á una variedad de oftalmitis, designada con el nombre de *oftalmitis pos-febril* (1), que aparece en la convalecencia de la fiebre remitente, y á veces despues de seis meses de curada esta (2).

La infeccion purulenta, procedente de una herida accidental ó de una operacion quirúrgica y sucesiva de un parto (3) ó de una erisipela de los párpados (4), determina en muchas ocasiones la inflamacion y su destruccion purulenta. Tambien conviene citar con el mismo objeto, las heridas y contusiones del globo y la presencia de cuerpos extraños por el doble influjo que ejercen determinando la pérdida del ojo herido y simpáticamente la del ojo sano á quien respetaron. Esta variedad de oftalmía se conoce con el nombre de *oftalmitis simpática*. Broudeau, que ha hecho de ella una excelente des-

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 102.
(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 209.
(3) Hall et Higgenbottom, *Observations d'inflammation destructive de l'œil (Med.-chir. Trans.*, 1829, t. XV, p. 120).
(4) Blachez et Dubreuil, *Phlébite faciale (Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 717 y 764).

cripcion (1), dice que se declara en el ojo sano cinco semanas despues de la época en que ha sido herido el otro (2).

Resumiendo, en vista de todas las causas que determinan la oftalmitis, se pueden aceptar las siguientes variedades: 1.°, *oftalmitis idiopática* (rara); 2.°, *oftalmitis flebítica*, 3.°, *oftalmitis pos-febril*, y 4.°, *oftalmitis simpática y traumática*.

§ III.—Síntomas.

Mackenzie divide los síntomas en tres períodos: 1.°, *período inflamatorio* puro, que abraza desde el principio de la enfermedad hasta la insensibilidad de la retina; 2.°, *período de supuracion* y de salida del ojo hácia delante; 3.°, *período de abertura* expontánea del ojo, de la cápsula ocular ó de ambas cosas.

Primer período.—Síntomas objetivos.—En el principio, los párpados se presentan rojos é hinchados si la enfermedad viene despues de una oftalmía externa; pero cuando procede de una oftalmía interna, el enrojecimiento exterior se presenta menos pronunciado y la conjuntiva solo se invade por un *quemosis seroso*. Mas adelante, el humor acuoso se enturbia, el íris pierde su color, la pupila se contrae, la cápsula del cristalino se vuelve opaca, y el globo ocular se ensancha, inmoviliza y proyecta hácia adelante.

Síntomas fisiológicos.—En el globo comienzan á sentirse dolores intensos y con pulsaciones que irradian por toda la órbita; el enfermo advierte la fotofobia y la fotopsia; la retina llega á hacerse insensible, y la vista se extingue.

Segundo período.—Todavía los síntomas objetivos se manifiestan mejor; el ojo aparece prominente, extendido é inmóvil; las cámaras oculares se encuentran llenas de pus; el íris va impelido hácia la córnea, y el humor vítreo adquiere color verdoso. Los *síntomas objetivos* se hallan representados por un dolor intolerable que recuerda el del panadizo, y la vista falta completamente.

Tercer período.—Cuando no ha sucumbido ya el enfermo en este período, se ve á la córnea infiltrarse de pus, ablandarse y romperse; ó bien la esclerótica es la que cede, dando paso al pus que se infiltra debajo de la cápsula, para desprenderla del globo y acabar por perforarla en un punto de su extension. En este mismo período puede haber una remision de todos los accidentes, de igual suerte que cuando se abre un absceso flemonoso.

Los *síntomas generales* son constantemente intensos: escalofrios, fiebre, agitacion, delirio, y finalmente coma ó las convulsiones que preceden á la muerte.

(1) Broudeau, *Des affections sympathiques de l'un des yeux, à la suite d'une blessure de l'autre œil*, tésis de Paris, 1858, n.° 181.

(2) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 125.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

Segun el motivo que la produzca, la oftalmitis sigue un curso diferente. La oftalmitis flebítica recorre comunmente sus tres períodos; llega á la supuracion y concluye con la muerte. La oftalmitis posfebril tiene una marcha mas insidiosa: comienza por una oftalmía interna posterior y avanza poco á poco sobre todos los tejidos del ojo; pero puede detenerse en el período inflamatorio y terminar por una atrofia del globo, con opacidad del cristalino, reabsorcion de una parte del humor vítreo y oscurecimiento de la córnea. Broudeau expresa del siguiente modo el curso de la oftalmía simpática: va casi siempre precedida de algunos síntomas fugaces que ni deben despreciarse, ni pasar desapercibidos; dolorcitos sordos orbitarios ó circunorbitarios, fotopsias y fotofobia que no se manifiesta por enrojecimiento alguno; intermitencias y entorpecimiento de la vista. Unicamente, despues de cierto tiempo, es cuando se manifiestan las alteraciones profundas, comenzadas, segun Mackenzie, por la retina y la coróides, y segun Wecker por el círculo ciliar. Este último autor describe con el nombre de *ciclitis* la oftalmía simpática de Mackenzie. En cuanto á la oftalmía consecutiva de una herida, afecta por lo general la marcha de una afeccion francamente flemonosa, y sus síntomas se hallan relacionados con la intensidad de la herida y la constitucion del sugeto. Las heridas contusas con dilaceracion de las membranas son siempre muy graves.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* se establece sobre la gravedad de los síntomas, la tension y la inmobilidad del ojo proyectado hácia delante y los conmemorativos. Toda oftalmía interna que suceda á una fiebre grave, tendrá siempre tendencia á generalizarse. Cuando el enfermo sea víctima de una fiebre purulenta, la oftalmía será tambien de la misma especie y se extenderá por todo el globo del ojo. En fin, cuando se haya practicado una herida en un ojo, poco tiempo antes, ya esté ó no curada, el ojo que se inflame de una manera simpática siempre se encontrará en peligro. Es inútil distinguir la oftalmitis del flemon de la órbita. La integridad del globo ocular, por lo menos en los primeros tiempos, y cuando son intensos los síntomas de la inflamacion profunda de la órbita, indicará al instante el verdadero sitio afectado por la enfermedad.

Pronóstico.—La oftalmitis flebítica concluye siempre con la muerte. Las demás variedades pueden tener un fin menos funesto; pero siendo generalmente consecuencias suyas la fusion purulenta del ojo, su atrofia y la amaurosis, se comprende desde luego cuánta gravedad lleva consigo la oftalmitis.

§ VI.—Tratamiento.

La oftalmitis simple y traumática reclama un tratamiento francamente antiflogístico. Se sacará sangre del brazo, y por medio de sanguijuelas colocadas alrededor del ojo; se administrarán calomelanos interiormente; se untarán los párpados con ungüento mercurial y belladona, y despues, cuando la tension del ojo sea extraordinaria y las cámaras estén llenas de pus, habrá que practicar necesariamente la paracentesis de la córnea. Si el pus se infiltrare debajo de la cápsula, convendrá evacuarle por la division de la conjuntiva, introduciendo la lanceta por el globo del ojo, entre él y la pared interna é inferior de la órbita, con objeto de evitar los músculos rectos. (Mackenzie.)

La oftalmitis flebítica no reclama mas tratamiento que el de la infeccion purulenta. Para evitar su produccion en los casos de flemon supurado de los párpados y de la órbita, será preciso dar salida al foco purulento con la mayor rapidez posible.

El tratamiento de la oftalmitis pos-febril no debe ser tan francamente antiflogístico como el de la oftalmitis idiopática ó traumática, que se desarrolla sobre individuos fuertes y saludables en el momento de anunciarse la enfermedad. Sin embargo, Mackenzie aconseja el uso de la sangría y de las sanguijuelas, suponiendo que rara vez hay posibilidad de dispensarse de recurrir á este medio, que en todo caso deberá aplicarse con mucho tino. Los purgantes salinos, los calomelanos, unidos con el opio y la belladona, son otros tantos agentes terapéuticos cuyas preparaciones convendrá cambiar, segun la condicion particular de cada caso.

Wallace ha insistido mucho en que se administre la quina, á quien considera como un específico. Pero Mackenzie dice que no obtuvo de ella buenos efectos.

El tratamiento de la oftalmitis simpática por medio de las sangrías, los mercuriales y la belladona, casi siempre es ineficaz; de modo que ha habido muchas veces precision de recurrir á las mas graves operaciones sobre el ojo herido para detener los progresos de la alteracion del ojo sano. El doctor Barton (1), imitando la conducta de Wardrop, que destruia inmediatamente el ojo herido para evitar la oftalmitis simpática del otro ojo, practica una abertura en la córnea y separa un colgajo, con el fin de favorecer la expulsion de los cuerpos extraños. Prichard (2) hace una operacion mas radical aun. Saca el núcleo del ojo herido. Pero comprenderemos desde luego que para llegar hasta este extremo es preciso que se cuente antes con datos

(1) Cromptou, *London medical Gazette*, vol. XXI, p. 175.
(2) Prichard, *Ann. d'oculistique*, 1856, t. XXXVI.

muy positivos. Wecker (1), resumiendo las ideas de De Graefe (2), Arlt (3) y Pagenstecher, termina con la enucleacion del ojo.

«1.° En todos aquellos casos donde, quedando un ojo completamente intacto, sea el herido causa de dolores intolerables, rebeldes á los paliativos y que amenacen la integridad del sano;

»2.° En todos aquellos casos donde el ojo perdido haya provocado sobre el otro una irido-coroiditis simpática, por mas débil que sea, pues que ese será el único medio de obtener la curacion de este último;

»3.° En todos aquellos casos en que sobrevenga sobre el ojo sano hasta entonces la mas ligera ambliopía.»

ARTÍCULO II.

HIDROFTALMÍA Y CÁNCER.

La *hidroftalmía* puede ser parcial ó general. De la primer forma ya hablamos en los artículos QUERATITIS POSTERIOR, IRITIS, COROIDITIS y RETINITIS. Respecto de la hidropesía general, es casi siempre una consecuencia de las alteraciones precedentes. Se halla caracterizada por la exoftalmía, la dilatacion de la pupila y la pérdida total de la vista. Es incurable, y sus principales accidentes no se pueden mitigar sino punzando el ojo ó cortando la córnea (4).

El *cáncer* y la *melanosis* no se prestan á terapéutica alguna medicinal. Todo su interés consiste, para el médico, en no tomarlos al principio por cualquier otra enfermedad (véase CÁNCER DE LA RETINA). Y cosa notable; este cáncer se observa con mucha mas frecuencia entre los niños que entre los adultos. De 24 casos recogidos por Wardrop, 20 habian sido observados en sugetos menores de doce años, y el mayor número en niños de dos á cuatro años (5). De 23 observaciones hechas por Lebert (6), se han visto comenzar 4 por la conjuntiva, 7 por la órbita, 5 por el nervio óptico y 7 por el globo del ojo, y 10 de ellas correspondian al cáncer melánico. La duracion de la enfermedad es de dos á tres años, y cuando se efectúa la operacion, casi siempre hay recaida. Segun cierto cuadro tomado de Holmes Coote, la duracion de la vista despues de la operacion ha sido, por término medio, de trece meses (Mackenzie, t. II, p. 300) (7).

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 391.
(2) De Graefe, *Arch. für Ophthalmologie*, Bd. III, Abtheilung II, S. 442.
(3) Arlt, *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1859.
(4) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 514, pl. IV, fig. 2, 3, 4, 5, 6.
(5) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 284.
(6) H. Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*, p. 863.
(7) V. Sichel, *Iconographie ophtalmologique*, pl, LVI, LVII, LIX, LX, LXI.

CAPÍTULO XII.

Trastornos de la refraccion y de la acomodacion.

Ya hemos descrito en los capítulos precedentes las alteraciones de la trasparencia de los medios del ojo y las enfermedades del aparato nervioso óptico que estorban ó impiden el acto de la vision. Pero aun puede suceder que, quedando intactas la trasparencia de los medios del ojo y las funciones de la retina, sufra la vista algunas modificaciones importantes determinadas por vicios originales ó adquiridos de la refringencia de la lente ocular y de la funcion acomodatriz del ojo. Estos trastornos de la vista se designan con el nombre de *alteraciones de la refraccion y de la acomodacion*.

Podemos considerar al ojo como una lente ó como un sistema de lentes que tienen por objeto conducir á la retina el foco de los rayos luminosos que emanen de cualquier objeto alumbrado. Pero la lente ocular no es un aparato sencillo de óptica, como los que se hallan adornando los gabinetes de física: es al mismo tiempo una lente viva, susceptible de modificar sus curvaturas bajo el influjo de agentes contractiles, y en una palabra, es una lente que goza de la propiedad de acomodarse á la vision de los objetos mas ó menos próximos. Esta propiedad, negada por algunos autores, está hoy perfectamente demostrada. Basta, en efecto, para convencerse de su realidad, colocar en una línea diferentes objetos de color, como alfileres, y ponerlos entre sí á ciertas distancias. El ojo que los mire no podrá percibirlos distintamente, sino unos despues de otros, sin cambiar de lugar y acomodándolos de una manera sencilla á la distancia en que cada uno se encuentre colocado. Como órgano de refraccion y como órgano de acomodacion, el ojo puede sufrir diferentes modificaciones, que estudiaremos en dos capítulos aparte.

Fenómenos de la refraccion, clasificacion de los ojos.—Antiguamente consideraban como ojo normal aquel que podia leer durante cierto tiempo y sin fatiga los caractéres ordinarios de imprenta á la distancia de 25 ó 30 centímetros. Cuando un sugeto no podia leer sino á distancia mas próxima, se decia que era corto de vista ó que estaba afectado de *miopía*. Cuando, por el contrario, se hallaba dotado de facultades para leer de un modo sostenido y sin fatiga á mayor distancia de 25 ó 30 centímetros, se aseguraba que era présbita. Pero hoy, en lugar de tomar por punto de partida para la clasificacion de los ojos el punto mas próximo de la vision distinta, se toma generalmente el mas lejano, con el intento de experimentar sobre los ojos en el estado de reposo y para impedir los errores que pueden resultar de las anomalías de la acomodacion á cortas distancias. Donders fué el primero á quien se ocurrió la idea de esta nueva clasificacion, segun la cual el ojo se considera: 1.°, como normal ó enmétro-

po (ἐμμέτρος, que guarda la medida, y ὤψ, ojo), cuando partiendo los rayos del infinito, ó lo que casi viene á ser lo mismo, de un objeto alumbrado y puesto á 20 ó 30 piés de distancia, viene á constituir su foco sobre la retina, segun aparece de la figura 90; 2.°, como *miope*, cuando dichos rayos constituyen el foco delante de la retina, y 3.°, como *hipermétropo*, cuando el foco se dibuja mas allá de la retina. En esta clasificacion la miopía es opuesta á la hipermetropía y no al presbitismo; porque, en efecto, esta última alteracion de la vista depende mas bien de un vicio de la acomodacion que de un trastorno de la refringencia de los medios del ojo.

La lente ocular se halla dispuesta de una manera uniforme para estos diferentes estados que acabamos de suponer; pero tambien puede ocurrir que sus meridiacios tengan propiedades refringentes distintas, de lo cual resultan otros trastornos de la vista que llevan el nombre de astigmatismo. Tendremos, por consiguiente, que estudiar en este capítulo: 1.°, la *miopía*; 2.°, la *hipermetropía*, y 3.°, el *astigmatismo*.

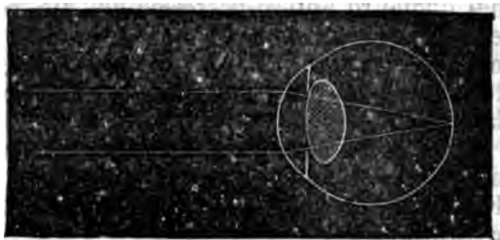


Fig. 90.

ARTÍCULO PRIMERO.

MIOPÍA.

§ I.—Definicion.

Siempre que procediendo los rayos del infinito ó de un punto lejano, como 20 ú 80 piés, por ejemplo, vengan á constituir foco delante de la retina, se dirá que la vista es corta ó de *miope*. Cualquier lente cóncava colocada delante del ojo afectado de esta enfermedad, da por resultado alejar del centro óptico el foco de los rayos paralelos y poner la vista en condiciones normales. La figura 91 explica perfectamente los fenómenos que ocurren antes y despues de que se interponga el cristal cóncavo. En la práctica, consideramos como miope á cualquier individuo que no pueda leer cómodamente los caractéres ordinarios de imprenta á 15 ó 20 centímetros de distancia.

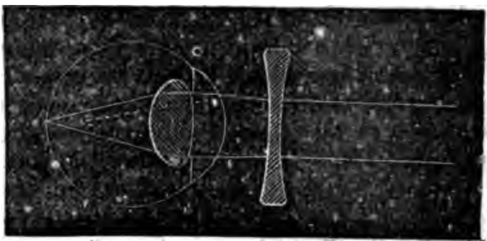


Fig. 91.

§ II.—Causas.

1.° *Causas eficientes.*—Siendo la miopía un trastorno de la refraccion, debe resultar de las relaciones recíprocas que hay entre el cristalino y la retina. Ahora bien; en este punto se presentan dos casos principales: ó bien el ojo tiene demasiada extension, y los rayos luminosos, despues de refractados, van á juntar su foco delante de la retina, condicion al parecer la mas frecuente en la miopía, ó bien los medios refringentes del ojo, la córnea y el cristalino, etc., tienen un índice de refraccion muy considerable por consecuencia de una exagerada curvatura, en cuyas circunstancias tambien la imágen de los objetos se pintaria delante de la retina. La prolongacion del diámetro antero-posterior del ojo, como causa de miopía, puede existir sola, proceder de una alteracion de la esclerótica, segun vimos en el artículo *Estafiloma posterior*, ó coincidir con una hidroftalmía que da por resultado el que se distiendan las membranas que la cubren.

2.° *Causas predisponentes.*—A. *Herencia.*—La miopía puede ser congénita y generalmente hereditaria. Böhm, á quien cita mucho Follin (1), pretende que de cada veinte veces, las diez y nueve es hereditaria.

B. *Edades.*—Todos los observadores admiten que los niños rara vez sufren la miopía antes de la época en que necesitan utilizar sus ojos para aprender á leer y á escribir, y que solo despues de cierto tiempo de aplicacion es cuando comienzan á notar los efectos de su cortedad de vista. Dice Mackenzie (2) que si se examinara cuidadosamente el estado de la pupila de todos los niños que se suponen miopes hácia la época de ir á la escuela, se descubriria muchas veces la presencia de una catarata central.

C. *Sexos.*—Esta afeccion es mucho mas frecuente entre los niños que entre las niñas, lo que dependerá probablemente del trabajo prematuro que se exige á los primeros; porque ya es cosa demostrada que las profesiones tienen gran influjo sobre la miopía.

D. *Profesiones.*—Los datos estadísticos han demostrado que la miopía es muy frecuente y que ataca mas á la poblacion de las ciudades que á la de los campos (3). Esto procede, sin duda, del trabajo de los colegios y de la mala costumbre que tienen los niños de inclinarse sobre los libros y de acomodar su vista á cortas distancias; de donde resulta una contraccion transitoria en el principio y despues permanente del músculo ciliar, y luego una curvatura extremada del cristalino (4).

(1) Follin, *loc. cit.*, p. 237.
(2) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 632.
(3) Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicales*, 1857, t. II, p. 588.
(4) Giraud-Teulon, *Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire*, chap. IX.

E. *Predisposiciones morbosas.*—Los reblandecimientos de la córnea, que ocasionan de un modo brusco su conicidad, deben considerarse, segun Mackenzie, como causa de la miopía que sobreviene rápidamente entre los adultos. Pero de todos los orígenes morbosos, el que tiene una influencia mas indiscutible es la esclero-coroiditis posterior.

Donders, Arlty, Van Roosbroeck (1) sostienen que en casi todos los casos debe considerarse la miopía como resultado de una coroiditis atrófica. Pero resumiendo, sean cualesquiera las causas predisponentes, siempre dan por resultado final, ya un aumento de la refringencia de los medios del ojo, ya la amplitud del diámetro antero-posterior, únicos motivos eficaces de la miopía.

§ III.—Síntomas y grados.

1.° *Síntomas objetivos.*—Los ojos de los miopes son por lo general salientes y mas ó menos duros á la presion, teniendo su pupila dilatada, y prominente á veces la córnea. Los párpados son guiñadores, de cuya particularidad viene el nombre que ha recibido la afeccion (μύειν, guiñar, y ὤψ, ojo); porque así disminuyen el diámetro de la pupila y evitan la difusion de los rayos excéntricos procedentes de los objetos distantes. El exámen oftalmoscópico no descubre alteracion alguna, como no sea en el caso de una miopía que tenga orígen morboso y que resulte de un estafiloma posterior (véase pág. 848).

2.° *Síntomas subjetivos.*—Wharton-Jones (2) resume de este modo las particularidades de la vision de los miopes: «1.° Ven los objetos pequeños mejor que las demás personas, porque, aproximándoselos, los miran bajo un ángulo mayor. 2.° Ven asimismo mas con luces menos fuertes, porque resultando próximos los objetos, llega al ojo mayor cantidad de rayos lumínicos, y hé aquí cómo pueden leer caractéres de imprenta pequeños en una oscuridad relativa. 3.° Pueden ver con mas claridad y á mayor distancia, cuando la intensidad de la luz obligue á la pupila á contraerse, porque entonces todos los rayos de luz se hallan excluidos, exceptuando los mas directos. Segun el mismo principio, descubren claramente los objetos lejanos cuando los miran á través de un agujero practicado con una aguja en un naipe, y si se tratase de ver los cuerpos que se hallen á cierta distancia, necesitan cerrar sus párpados hasta la mitad. En estos casos, los rayos luminosos aumentan hasta cierto punto su divergencia por la refraccion.»

«Los miopes ven los objetos colocados mas allá de su vision distinta dobles, ó mejor dicho, múltiples.»

Se han exagerado bastante los *grados de la miopía.* Follin admite

(1) Van Roosbroeck, *Doctrine de la myopie (Bull. de l'Acad. de médecine belge*, 1861).

(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 485.

tres: 1.°, una *miopía débil latente* que no obliga á llevar anteojos para descubrir los objetos lejanos y que deja clara la vista tratándose de objetos próximos; 2.°, una *miopía media* que impide formar idea exacta de los objetos distantes, pero que permite ver con ambos ojos y claramente los objetos próximos; 3.°, una *miopía fuerte* que evita percibir otros cuerpos que los muy inmediatos, y esto con un solo ojo, porque la convergencia de los ejes ópticos no puede tener lugar donde deben colocarse los libros para que las letras se vean bien (1).

§ IV.—Marcha.

Suele admitirse que la miopía mejora con la edad; pero esto solo es positivo hasta cierto punto. Con la edad el cristalino se vuelve menos refringente y compresible, y por lo tanto permite que se vean mejor los objetos lejanos. Hay en ello sin duda una mejoría; mas hay que considerarla como excepcional, y aun Mackenzie la niega completamente. Lo que sí es cierto es que la miopía estafilomatosa tiene un curso progresivo, y aumenta constantemente con la edad, en vez de disminuir, como pretenden algunos.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Para establecer el *grado* de una miopía hay métodos muy exactos. Basta el que indicamos, por ejemplo, en la página 847. Cuando se desee reconocer la especie, es preciso efectuar el exámen oftalmoscópico, aunque este solo enseñe las deformidades de la esclerótica, seguidas de un estafiloma posterior. Se considera á un miope en Francia incapacitado para el servicio militar, siempre que llene la condicion siguiente: «Es preciso que lea á 30 ó 35 centímetros de la nariz con lentes cóncavos de los números 3 y 4, y que distinga perfectamente los objetos lejanos con el número 5 y medio (2).»

Con objeto de eximirse del servicio militar, algunos se ejercitan mucho tiempo antes en el uso de anteojos, y llegan á colocarse muy cerca de las condiciones que la ley exige. Para reconocer una miopía adquirida y simulada, el mejor medio consiste en paralizar el nervio uliar. No pudiendo entonces efectuarse la acomodacion, el simulador se hallará imposibilitado tambien de leer con los números 4 ó 5.

(1) Follin, *Leçons sur l'exploration de l'œil*, 1863, p. 239.
(2) *Instruction pour servir de guide aux officiers de santé dans l'appréciation des infirmités ou maladies qui rendent impropre au service militaire.* Paris, 1846.

Signos distintivos de la miopía simple y de la miopía ambliópica.

MIOPÍA SIMPLE.	MIOPÍA AMBLIÓPICA.
Los cristales cóncavos corrigen las alteraciones de la vista.	Los cristales convexos, concentrando los rayos luminosos, hacen la vision mas distinta.
La vista de los objetos pequeños es clara en medio del dia.	Los dias claros son favorables para los ambliópicos.
Los objetos lejanos se ven al través de un naipe agujereado.	La vista no mejora con el naipe agujereado.
Sin lesiones apreciables al oftalmóscopo.	Síntomas del estafiloma y de las alteraciones coróideo-retinianas.

Signos distintivos de la miopía verdadera y de la miopía simulada.

MIOPÍA.	MIOPÍA SIMULADA.
Generalmente estafiloma posterior en el primero ó en el segundo grado.	Sin estafiloma bien determinado.
Pupila pequeña en forma de elipse.	Pupila normal.
Vista posible despues de instilar con belladona.	Vista imposible con los vidrios cóncavos despues de instilar belladona.

§ VI.—Tratamiento.

Se han indicado algunos tratamientos para curar la miopía. Siendo cosa admitida que esta enfermedad resulta de dirigir los ojos sobre objetos pequeños y muy próximos, debe aconsejarse al paciente que cambie de profesion y que los ejercite al aire libre sobre objetos grandes y lejanos; y esta precaucion bastará para que mejore su vista.

El *ejercicio metódico de los ojos* sobre objetos colocados primero á corta distancia, y alejados despues progresivamente por el método de Berthold (1), ha podido producir buenos resultados; pero lo general es que nadie le siga.

La *seccion de los músculos del ojo*, practicada por Bouet con el fin de proporcionar al globo del ojo un aplanamiento lateral y en su consecuencia una disminucion del diámetro antero-posterior, no ha adquirido importancia alguna en la práctica ni se ha puesto en uso mas que por su autor.

Miósicas.—Partiendo del principio de que los miopes ven mejor cuando tienen contraida la pupila y cuando miran á través de una abertura muy pequeña, han aconsejado algunos autores que se den fricciones sobre la frente con tintura de gengibre y se hagan instilaciones con vino de opio; pero la mejoría que se obtiene de este modo

(1) Berthold, *Das Myopodiorthoticon, oder der Apparat, die Kurzsichtigkeit zu heilen.*

no es mas que efímera (Deval). Y lo mismo ocurrirá empleando el haba del Calabar. Finalmente, en la inmensa mayoría de los casos hay que recurrir al uso de los anteojos.

Los lentes deben ser cóncavos. Entre las reglas que hay que guardar cuando se usen, figuran las siguientes:

1.° No deben ser muy fuertes, en cuyo caso obligan al enfermo á hacer esfuerzos de acomodacion que agravan su miopía.

2.° Cuando se elige el número á propósito, importa mucho servirse de ellos de un modo intermitente para evitar el riesgo antes indicado.

3.° Cuando tiene el enfermo un estafiloma avanzado, es indispensable prohibirle lea pequeños caractéres y use cristales que necesiten los mas pequeños esfuerzos de acomodacion.

Eleccion de anteojos.—El enfermo deberá dirigirse á un óptico y escoger por sí mismo el número mas débil que pueda bastarle para llenar las exigencias de su profesion. Si el médico quisiere determinar anticipadamente el número del cristal que conviene al enfermo, podrá efectuarlo por medio de un cálculo sencillo. Se multiplica el número de pulgadas que representa la distancia á que lee el enfermo por el número de pulgadas de la distancia á que desea leer, y se divide el producto por la diferencia que hay entre los dos números. Sean 6 pulgadas la distancia á que lee el enfermo, y 12 pulgadas la distancia á que desea leer.

Tendremos $6 \times 12 = 72$ $12 - 6 = 6$

Y de ahí $\frac{72}{6} = 12$

El número 12 será, por consiguiente, el que buscamos.

En Francia, los cristales cóncavos se hallan repartidos en cuatro séries, de la manera siguiente:

1.ª série.—Miopía débil........	números 72, 60, 50, 30, 20, 18, 16
2.ª série.—Miopía fuerte.......	núms. 15, 14, 13, 12, 11, 10
3.ª série.—Miopía muy fuerte..	núms. 9. 8, 7, 6, 5, 4 1/2, 4
4.ª série.—Miopía extrema.....	núms. 3 3/4, 3 1/2, 3 2/4, 2 1/2, 1 3/4, 1 1/2

Los números que generalmente se emplean son entre 12 y 24.

ARTÍCULO II.

HIPERMETROPÍA.

§ I.—Definicion é historia.

La hipermetropía, segun la clasificacion de Donders, se caracteriza por el hecho de que los rayos paralelos procedentes del infinito, suponiendo que el ojo se halle en reposo completo, pintan su foco mas allá de la retina, como representa la figura 92.

De cuya definicion resulta que la vista distinta de los objetos lejanos, como de los próximos, es imposible siempre para los hiper-

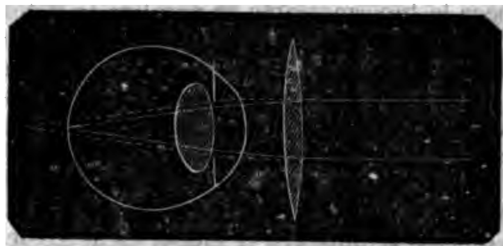


Fig. 92.

métropos, á menos que efectúen un gran esfuerzo de acomodacion, porque cuanto mas se aproxime el objeto alumbrado á la lente ocular, mayor será la divergencia de los rayos y á mayor distancia se pintará el foco del centro óptico. Una lente biconvexa colocada delante de un ojo hipermétropo, lleva á la retina el foco de los rayos luminosos y corrige por consiguiente la anomalía visual.

Esta cuestion, que todavía tiene el atractivo de la novedad, ha suscitado importantes trabajos de parte de Donders (1), de De Graefe (2), de Liebreich (3), de Giraud-Teulon (4), de Follin, etc.

§ II.—Causas.

La hipermetropía es infinitamente mas rara que la miopía. Sus causas eficientes, opuestas por completo á las que producen esta última afeccion, consisten en la disminucion del diámetro antero-posterior del ojo, ó en la disminucion de la refringencia de los medios del ojo, tal como la que resulta de la extraccion del cristalino.

§ III.—Síntomas y diagnóstico.

Son igualmente opuestos á los de la miopía. El ojo parece aplastado de delante hácia atrás, en lugar de constituir saliente entre los párpados. Los objetos lejanos se ven con alguna facilidad haciendo algun esfuerzo de acomodacion; pero los objetos próximos se oscurecen, y solo con cierta fatiga caracterizada por cefalalgia, lagrimeo y vértigos es como puede soportarse la lectura durante cierto tiempo.

(1) Donders, *Archiv für Ophthalmologie* von Albert von Graefe, Band IV, VI, Abth II; Band VII, Abth I, II, VIII.
(2) De Graefe, *Idem*, t. II, p. 179.
(3) Liebreich, *Idem*, t. VIII, Abth. I.
(4) Giraud-Teulon, *loc. cit.*, chap. II.

Necesitando los esfuerzos de acomodacion gran tension de los músculos derechos internos, acaban por dar permanencia al estrabismo convergente que de ellos resulta.

Para reconocer la hipermetropía se paraliza la potencia acomodatriz por medio de la atropina, y despues se presenta al enfermo el número 20 de la escala tipográfica, que deberá leer á los veinte piés. El número del cristal biconvexo que necesite el enfermo para ver á esta distancia indicará el grado de su hipermetropía. Si, por ejemplo, lee perfectamente á distancia con un cristal del número 10, podremos decir que se halla atacado de una hipermetropía de $^1/_{16}$. La hipermetropía se distingue del presbitismo porque en este siempre es posible ver los objetos lejanos sin el menor esfuerzo de acomodacion, lo cual no ocurre con la hipermetropía. En el presbitismo siempre se halla disminuida la extension de la acomodacion; pero en la hipermetropía esta puede ser normal.

§ IV.—Tratamiento.

La hipermetropía exige que se empleen cristales biconvexos. Para escogerlos se paralizan los músculos de la acomodacion con atropina, y se ensayan despues los números con los cuales lea bien el enfermo á distancia. Pero es necesario no comenzar inmediatamente por el número mas á propósito al estado de su vista, sino por números débiles, á fin de acostumbrar poco á poco el poder de la acomodacion á las condiciones nuevas en que se le coloca, y de que pase algun tiempo antes de que el enfermo use el número definitivo que le convenga.

ARTÍCULO III.

ASTIGMATISMO.

§ I.—Definicion é historia.

El astigmatismo es una anomalía de la refraccion en cuya virtud se halla el ojo imposibilitado de reunir los rayos procedentes de cualquier objeto luminoso en un solo punto de la retina, ni por un lado ni por otro. Dicha anomalía puede proceder de que en los diferentes puntos de un mismo meridiano del ojo haya una diferencia de refraccion *(astigmatismo irregular)*, ó de que la diferencia exista en la fuerza refringente de los distintos meridianos *(astigmatismo regular)* (1). Young y Wiry (2) fueron los primeros que se fijaron con in-

(1) Liebreich, *Nouveau Dictionaire de medecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, t. III, p. 740.
(2) Wiry, *Transactions of the Cambridge philoph. Society*, vol. II, p. 267.

sistencia en los fenómenos del astigmatismo; pero á Donders (1) es á quien corresponde la gloria de haberlos descrito como corresponde.

§ II.—Síntomas, variedades y diagnóstico.

El astigmatismo irregular tiene una importancia mucho menor que el astigmatismo regular. Este es muy frecuente; y si ha de decirse verdad, casi todos los ojos son astígmatas, porque rara vez se encuentra una persona cuyos diferentes meridianos tengan igual índice de refraccion. La anomalía de refraccion á que nos referimos, segun lo demuestran los experimentos de Helmholtz, Donders y Knapp, resulta de la diferencia que presenta la curvatura de los distintos meridianos de la córnea, siendo el meridiano vertical el que ofrece casi siempre la curvatura máxima. Sin embargo, aunque muy rara vez, la desigualdad de la refringencia de los meridianos del cristalino puede tambien determinar el astigmatismo, y de ahí las dos variedades: *astigmatismo córneo* y *astigmatismo cristalino*. Pudiendo asociarse los principales meridianos de diversos modos en cuanto á su poder refringente, nada tiene de extraño que aparezcan las varias formas de astigmatismo refringente admitidas por Donders.

1.° Emmétropo...	Miope..........	Astigmatismo miópico simple.
2.° Emmétropo...	Hipermétropo....	Hipermetrópico simple.
3.° Miope........	Mas miope.......	Miópico compuesto.
4.° Hipermétropo.	Mas hipermétropo.	Hipermetrópico compuesto.
5.° Miope........	Hipermétropo....	Compuesto con miopía é hipermetropía dominante.

Desde luego se comprende qué trastornos introducirá en la vision cualquier ojo dispuesto de manera que, no siendo apto para distinguir los cuerpos próximos, se acomode en algunas circunstancias para ver los cuerpos lejanos, y recíprocamente.

Estas irregularidades de la vista se han considerado muchas veces como ambliopías incipientes; pero es muy fácil evitar el error. Para ello conviene ante todo demostrar el astigmatismo y la direccion de los meridianos de diferente refringencia, colocando á cierta distancia del enfermo un sistema de líneas dispuesto como el de la figura 93.

Cuando se halle el enfermo afectado de estigmatismo, siempre que su ojo se adapte para ver determinadas líneas, no podrá ya hacerlo para otras; y la indicacion que proporcione servirá con el objeto de establecer los meridianos astigmáticos. Si se quiere medir el grado de astigmatismo, habrá que emplear un anteojo *estenopéico* formado de un segmento de cilindro tapado por una de sus

(3) Donders, *L'astigmatisme et les verres cylindriques*, trad. par H. Dor (de Vevey), Paris, 1862.

extremidades con una placa negra, en cuyo centro exista una hendidura longitudinal de un milímetro de ancho. Se hace que el enfermo mire á través de esta hendidura, colocando sucesivamente en la direccion de los meridianos astigmáticos el número 20 de una escala tipográfica. Y el número de los cristales cóncavos ó convexos de que sea preciso servirse para ver claramente á 2 piés el número de la escala, expresará el grado de miopía ó de hipermetropía de cada meridiano.



Fig. 93.

§ III.—Tratamiento.

Hecho esto, fácil es ya establecer el tratamiento de la enfermedad, que solo consiste en el uso de cristales cilíndricos. Estos cristales carecen de poder refringente en la direccion del eje del cilindro, pero obran como si fueran convexos ó cóncavos en la direccion perpendicular á su eje. Su fuerza de refringencia podrá calcularse y adaptarse al grado del astigmatismo, absolutamente como se hace tratándose de la miopía é hipermetropía. La única dificultad consiste en dar á los cristales cilíndricos una direccion conveniente.

Javal, que ha publicado un notable trabajo acerca de la eleccion de los cristales cilíndricos (1), y que inventó un aparato ingenioso construido por Nachet y muy propio para la determinacion binocular, procedia así para hacer las determinaciones monocular y binocular:

1.° *Determinacion monocular.*—«Trácese un círculo y dentro de él una série de radios que dejen entre sí intervalos de 15 grados (fig. 94), y procúrese que el enfermo mire esta figura á través de una lente esférica, que supondremos de 3 segundos para fijar las ideas. Aléjese poco á poco la figura hasta que todas las líneas vayan desvaneciéndose y desapareciendo, excepto una. Pruébense entonces sucesivamente, comenzando por el mas débil, todos los cristales cilíndricos cóncavos, con la precaucion



Fig. 94.—Estrellas radiadas.

(1) Emile Javal, *Sur le choix des verres cylindriques (Ann. d'oculistique* t. LV, 9.e série, t. V, p. 5, 1866).

de que los ejes sean perpendiculares al radio que haya quedado negro, sin exceptuar el cristal que vuelva estos radios igualmente negros; y así tendremos de una vez diagnosticado el estigmatismo y determinado el número y la posicion del vidrio corrector.»

2.° *Determinacion binocular.*—Para efectuarla sirve el aparato que representa la figura 95. El *optómetro binocular* tiene el aspecto de un estereóscopo á propósito para diferentes vistas. La caja del estereóscopo es movible sobre un pié de hierro muy macizo. En la planchita anterior lleva una virola de cobre, destinada á alojar una bujía esteárica ordinaria de 10 á 15 centímetros de larga. Dicha planchita anterior contiene tambien dos lentes esféricas acromáticas de cinco pulgadas de foco próximamente. Estas lentes se mueven fácilmente: una de ellas puede separarse; la otra, acompañada de un sistema de cristales cilíndricos á propósito para que estos se superpongan entre sí, ya aisladamente, ya dos á dos, formando con el horizonte un ángulo cualquiera determinado.



Fig. 95.—Optómetro binocular de E. Javal.—E. Boton que sirve para alejar la imágen de prueba.

Para utilizar este instrumento, se le coloca con su bujía encendida sobre una mesa puesta en medio de un cuarto oscuro. Se aproximan una á otra las lentes oculares cuanto sea posible; se dispone en el foco de estas lentes un carton estrellado y graduado, es decir, á 5 pulgadas de la cara exterior del instrumento, y se llevan los cristales cilíndricos á su posicion inicial; se comienza por el ojo mas astígmata al parecer, y se hace que el enfermo se siente delante del instrumento, con los ojos fijos, tan cerca como sea posible de los cristales; se aleja ó se aproxima sucesivamente la pantalla hasta que el enfermo solo perciba una línea mas negra que las otras y cuya direccion indique leyendo la hora del cuadrante á que corresponda; se coloca el índice con la division marcada, y despues se hace que pasen por delante de los ojos del enfermo todas las combinaciones de cristales cilíndricos, hasta que el enfermo vea con toda claridad todos los radios del cuadrante. Entonces

se anota el grado del cuadrante á que corresponde el índice (el cual indica la direccion que debe darse al vidrio corrector) y el número del cristal cilíndrico, quedando efectuada de este modo la determinacion del astigmatismo. Despues se buscan los cristales esféricos que es preciso añadir á los cilindros para corregir la ametropía.

La ventaja de la determinacion binocular es fijar en cuanto sea posible la acomodacion, y medir con toda exactitud el ángulo que debe formar el eje del cilindro corrector con la línea que une ambos ojos.

CAPÍTULO XIII.

Trastornos de la acomodacion.

Está perfectamente demostrado que el ojo goza de la propiedad de acomodarse á la vision de los objetos mas ó menos lejanos; y es positivo de igual manera que durante el acto de la acomodacion el cristalino aumenta la convexidad de sus curvaturas, sobre todo la de la superficie anterior; que la córnea queda intacta é invariable; que la pupila se contrae; que el íris se inclina hácia delante y que el eje de los ojos se retrae hácia dentro en una direccion algo convergente para la vista de los objetos próximos.

Los autores han discutido mucho acerca de la causa de las modificaciones ocurridas en las curvaturas del cristalino durante el acto de la acomodacion; pero hoy casi todos convienen en referirlas al *músculo ciliar*. Entre los diferentes actos que pasan en la acomodacion, los mas importantes son la contraccion del músculo ciliar y los cambios de curvatura del cristalino; porque los otros solo son accesorios. De donde resulta que tendremos que estudiar dos variedades de trastornos de la acomodacion.

1.° Trastornos resultantes de una modificacion del cristalino.

2.° Trastornos procedentes de una anomalía funcional del músculo ciliar.

ARTICULO PRIMERO.

TRASTORNOS DE LA ACOMODACION RESULTANTES DE UNA MODIFICACION DEL CRISTALINO (PRESBITISMO).

§ I.—Definicion.

Ya hemos visto qué ojo *enmétropo* es aquel, cuyos medios refringentes llevan á la retina el foco de los rayos procedentes del infinito; que en el ojo *miope* el foco de los rayos paralelos se efectúa delante de la retina, y que en el ojo hipermétropo, el mismo foco se produce detrás de la retina. El presbitismo ni puede ni debe confun-

dirse con ninguno de los tres estados referidos; pero se halla en condiciones de acompañarlos á todos.

El punto mas inmediato de la vision distinta es variable para los diferentes ojos. El miope ve mas de cerca que el enmétropo y el hipermétropo; pero puede ocurrir, bajo el influjo de las modificaciones ocurridas en el cristalino, ó de las funciones del músculo ciliar, que el punto normal mas próximo para la vision distinta en el miope, el enmétropo y el hipermétropo se aleje, y que la persona que podia distinguir perfectamente los objetos á 3, 4, 5 ó 6 pulgadas, no pueda ya percibirlos sino á 8 ó mas allá, aun cuando el punto mas lejàno de la vision no haya cambiado sensiblemente. Se da el nombre de *presbitismo* ó de *presbiopía* á este nuevo estado de la vista que, como observamos, está caracterizado por el alejamiento del punto mas próximo de la vision clara, no cambiando sensiblemente el punto alejado. En definitiva, el presbitismo consiste en una disminucion de la extension de acomodacion.

De acuerdo con Donders convenimos en considerar como présbita á toda persona que no pueda trabajar de una manera contínua mas allá de las 8 pulgadas.

§ II.—Causas.

Segun las investigaciones de Donders, es cosa demostrada ya que desde la infancia á la vejez, todas las personas tienen una tendencia á volverse présbitas, pues que el punto mas próximo de la vision distinta se aleja de una manera contínua con el progreso de la edad, como resulta del siguiente cuadro (1):

A	los	15	años	se encuentra	á las	3 pulgadas.
A		25		—	á	4
A		35		—	á	6
A		50		—	á	12

Las causas de este cambio proceden de una densidad mayor del cristalino, el cual, siendo menos comprensible, llega á ser incapaz de cambiar de curvatura para adaptarse á la vision de los objetos próximos. Se comprende tambien que, debilitándose con la edad el músculo ciliar, comprima al cristalino con menos energía y concurra por sí mismo á producir el presbitismo. De modo que, pérdida de la elasticidad del cristalino y relajamiento del músculo ciliar, tales son las causas eficientes principales del presbitismo. Entre las causas predisponentes se ha citado el ejercicio demasiado prolongado de la vista y el vivir en las ciudades; pero de todas ellas la principal es la ancianidad.

(1) Richard Liebreich, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ACCOMMODATION, t. I, p. 211.

§ III.—Síntomas y curso.

Como *síntomas objetivos* conocemos el aplanamiento de la córnea; la disminucion de volúmen del ojo y la contraccion de la pupila; pero éstos síntomas se hallan muy lejos de ser constantes, y se deducen mas bien de la teoría que de la observacion clínica.

Los *síntomas fisiológicos* tienen una importancia mucho mayor que los síntomas objetivos. A medida que hace progresos el presbitismo, los pacientes se ven precisados á alejar los objetos de sus ojos para verlos. Cuando aplican su vista á los objetos próximos, la encuentran turbia, confusa y con algunos caractéres de la ambliopía. Pero como la vision de los objetos lejanos quede intacta en el presbitismo, mientras que resulta constantemente turbia en la ambliopía, no hay dificultad con este solo carácter para distinguir ambas afecciones. El presbitismo sigue una marcha progresiva y casi regular á partir de los cuarenta años; sin embargo, sus progresos se detienen en cierta edad. Se encuentran ancianos que despues de haber sido présbitas dejan de serlo, lo que depende tal vez del aumento de densidad del cristalino, y aun de un principio de catarata, como cree White Cooper (1). Esta afeccion ofrece diferentes particularidades, segun que se desenvuelve sobre ojos enmétropos miopes ó hipermétropos. Entre los enmótropos, el único inconveniente que se produce consiste en la necesidad que tiene el enfermo de alejar el libro de los ojos para leer. En el miope, parece como que mejora la vista; pues que el punto mas distante de la vista distinta se aleja y llega á ser posible leer á 12 pulgadas en lugar de 3 ó 4, por ejemplo. Para el hipermétropo los trastornos funcionales son mas graves; porque este nunca tiene la facultad, sin que intervenga la acomodacion, de distinguir los objetos próximos ó lejanos. En ningun caso puede considerarse el presbitismo como una modificacion ventajosa de la vista, porque siempre disminuye la extension de la acomodacion.

Ya hemos dicho que el presbitismo comienza desde el momento en que el punto mas próximo de la vision distinta pasa de 8 pulgadas. Su grado, pues, se determinará por el número del cristal convexo que sea preciso emplear para retraer á 8 pulgadas el punto mas próximo de la vision distinta. Cuando se quiera conocer la disminucion de la extension de la acomodacion en el presbitismo, podrán emplearse escalas tipográficas. La distancia que separe el punto mas lejano del mas próximo de la vista clara de un número pequeño de la escala topográfica, indicará la extension de la acomodacion. Tambien nos podremos servir del aparato de Albert de Graefe, que consiste en una varilla graduada de 80 centímetros de longitud, sobre la cual se mueve un cuadro metálico atravesado por hilos verticales dispuestos

(1) White Cooper, *Association medical Journal*, Noviembre 11, 1853, p. 996.

á 1 milímetro de distancia entre sí. Se aplica el extremo de la varilla á la frente del sugeto, manteniendo aquella horizontalmente; se aproxima ó separa el cuadro movible, para anotar el punto mas distante y el mas cercano en que acaba de ser completamente clara la vista de los hilos, y el espacio que resulta entre dichos puntos expresará la medida de la extension de acomodacion.

§ IV.—Diagnóstico.

Generalmente, el presbitismo se conoce muy bien porque sin necesidad de anteojos se realiza con toda claridad la vision de objetos lejanos, porque los próximos pueden verse distintamente á través de la aberturita de un naipe agujereado y en fin, porque los cristales biconvexos facilitan la vista distinta entre cortas distancias. ¿Pero cómo distinguiremos el presbitismo muy avanzado de la hipermetropía? Dilatando la pupila por medio de la belladona. El hipermétropo que no pueda ver sin auxilio de la acomodacion acabará por dejar de distinguir el número 20, por ejemplo, de las escalas tipográficas; mientras que el ojo présbita, cuando no se halle complicado con la hipermetropía, no perderá la facultad de ver á distancia. En cuanto al reconocimiento de la causa del presbitismo, solo los antecedentes bastarán para facilitarlo. Así que la parálisis del músculo ciliar tiene una marcha rápida, mientras que el presbitismo cristalino tiene una evolucion lenta. Unicamente, el hecho de la luxacion y de la extraccion del cristalino, que por lo general ya no permite la acomodacion para distancias cortas, será suficiente á distinguir los trastornos que resulten del presbitismo expontáneo.

§ V.—Tratamiento.

No puede corregirse el presbitismo sino con el uso de cristales convexos. Pero tampoco debe tomárselos con demasiada graduacion en el principio, so pena de tenerlos que cambiar mas adelante cuando el presbitismo hace progresos. Si esta enfermedad se reune con la miopía, el paciente se verá obligado á tener dos pares de anteojos: uno de cristales cóncavos para descubrir los objetos lejanos, y otro de cristales convexos para los objetos próximos.

En la eleccion de lentes convexos, segun recomienda Mackenzie (1), conviene preferir la luz artificial; porque los que bastan con la luz del sol suelen no llenar, durante la noche, el objeto apetecido.

Para determinar el número del cristal, será suficiente, si el enfermo fuere muy présbita, decir las pulgadas de distancia á que desea leer. Y el número del cristal quedará indicado precisamente por la

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 647.

referida distancia. Pero si el enfermo viese bien á quince ó veinte piés, y solicitare ver aun mas cerca, será preciso multiplicar las pulgadas de distancia á que perciba claramente los objetos por las pulgadas de distancia á que trate de percibirlos, y dividir el producto de ambos números por su diferencia. El procedimiento es el mismo que conocemos ya para determinar los cristales cóncavos.

Sea 20 pulgadas la distancia en que el enfermo percibe los objetos pequeños, y 12 pulgadas la distancia en que desea percibirlos.

Tendremos: $20 \times 12 = 240$ $\quad 20 - 12 = 8$

De donde $\frac{240}{8} = 30$

El cociente 30 es la distancia focal del cristal deseado.

Los cristales convexos, como los cóncavos, se han dividido en cuatro grupos:

Primer grupo.—Presbitismo muy débil. . .	números 72, 60, 48, 36, 30, 24, 20. 18.
Segundo grupo.—Presbitismo débil.	núms. 16, 15, 14, 13. 12, 11, 10, 9.
Tercer grupo.—Presbitismo fuerte..	núms. 8, 7, $6^1/_2$, 6, $5^1/_2$, 5, $4^1/_2$, 4.
Cuarto grupo.—Presbitismo muy fuerte.. .	núms. $3^1/_2$, 3, $2^3/_4$, $2^1/_2$, $2^1/_4$, 2.

Los números 36, 30, 24 y 20 son los que mas se usan.

ARTICULO II.

TRASTORNOS DE LA VISTA RESULTANTES DE LAS ANOMALÍAS FUNCIONALES DEL MÚSCULO CILIAR (ASTENOPÍA Y KOPIOPÍA).

Los antiguos designaban con el nombre de *astenopia* un trastorno de la vista transitorio ó fijo, que se referia á la amaurosis incipiente. Pero ya sabemos que no tiene cosa alguna que ver con dicha afeccion, fuera de las complicaciones correspondientes, y que el conjunto algo confuso de los síntomas atribuidos á la estenopía, resulta del ejercicio irregular del músculo ciliar ó de los músculos derechos, cuyo concurso, si no es indispensable, va por lo menos reunido siempre con la accion del músculo ciliar en el acto de la acomodacion.

Los datos mas importantes acerca de esta materia, pertenecen á Schauenbourg (1), Albert de Graefe (2), Donders (3), Giraud Teulon (4) y Liebreich (5).

(1) Schauenbourg, *Recherches sur la kopiopie (Ann, d'oculist.*, Bruxelles, 1856, t. XXXV).

(2) Alb. de Graefe, *États pathologiques de l'accommodation (Gaz. hebdomadaire*, 1856).

(3) Donders, *Arch. für Ophthalmologie*, Berlin, t. IV, primera parte, et *Ann. d'oculistique*, Bruxelles, 1860.

(4) Giraud-Teulon, *Physiologie et pathologie fonctionnelles de la vision binoculaire*. chap. XI.

(5) Liebriech, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurg. pratiques*, t. I.

Para estudiar con algun órden una cuestion tan oscura por sí misma y tan compleja, es necesario admitir varias divisiones: la *parálisis del músculo ciliar*; el *espasmo* de dicho músculo, y la *falta de converjencia de los ejes ópticos*, divisiones que llevan consigo diferentes fenómenos y que exigen por lo tanto descripcion separada.

1.° PARÁLISIS DEL MÚSCULO CILIAR.

§ I.—Causas.

Esta afeccion, que no es muy rara, se desenvuelve en la juventud y en la adolescencia, como resultado de varias causas, cuya naturaleza influye mucho sobre la gravedad del mal. Puede producirse artificialmente, instilando belladona dentro del ojo. Y tambien se considera como causa evidente de ella á la difteritis. Casi todos los oculistas, Donders, de Graefe y Follin, han consignado en estos últimos tiempos observaciones de individuos que padecieron alteraciones de la vista por causa de difteritis, imposibles de referir á otra cosa que á una parálisis del músculo ciliar. Los trastornos del tercer par, algunas afecciones cerebrales, la ataxia locomotriz y la parálisis general de los enajenados, tienen una accion mas ó menos directa sobre el músculo ciliar para producir la parálisis. El trabajo exagerado, las fatigas extraordinarias de la vista y las causas debilitantes generales, se conceptúan asímismo como susceptibles de conducir á igual resultado.

§ II.—Síntomas y curso.

Los ojos atacados de una parálisis del músculo ciliar, no ofrecen por lo comun síntoma alguno objetivo muy aparente. Sin embargo, muchas veces se ha notado cierto idiotismo de la mirada y una dilatacion mas ó menos considerable de la pupila, aunque este síntoma no sea necesario ni constante. La enfermedad suele declararse de un modo brusco. Empiezan á perderse de vista los objetos próximos, mientras que la vision de los lejanos queda intacta. Cuando el enfermo trata de leer ó de efectuar cualquier trabajo que reclame cierto esfuerzo de acomodacion, ve turbio, y tiene precision de renunciar á sus ocupaciones ordinarias. No obstante, el exámen de sus ojos, ni revela alteracion de los medios refringentes, ni de las membranas profundas. Falta además todo género de tension y de dolor ocular, signos negativos importantes y que sirven para distinguir la parálisis del músculo ciliar del espasmo ciliar.

El curso de la enfermedad es rápido ó lento, segun el motivo que la produzca. La parálisis que determina la belladona, la difteritis, curan generalmente muy pronto. Pero la que depende de una afec-

cion del cerebro ó de una parálisis del nervio motor comun, tiene un desarrollo muy pausado, y resulta incurable muchas veces.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Cuando ha desaparecido la vision de los objetos próximos, mientras que resulta perspicaz la de los objetos lejanos en la parálisis del músculo ciliar, puede confundirse esta afeccion con el presbitismo. Pero la edad de los enfermos, la marcha de los accidentes y la curacion posible de la parálisis, distinguen muy bien ambas enfermedades entre sí. La integridad de las membranas profundas, la mejoría de la vista con los cristales biconvexos y el estado poco á poco perfecto de la vision, fuera de las ocasiones en que se aplican los ojos á descubrir cosas pequeñas, pertenecen á la parálisis del músculo ciliar y apenas se hallan en la ambliopía bajo forma tan clara. Finalmente, la ausencia de dolores orbitarios y la imposibilidad de ver cerca, aun en el principio de cualquier trabajo, distinguen la parálisis del músculo ciliar de su afeccion espasmódica, que, como vamos á decir, presenta síntomas opuestos.

Tan ligera es la enfermedad cuando depende del uso de la belladona, de la difteritis, ó de la convalecencia de una afeccion grave, como peligrosa cuando procede de una alteracion material del cerebro ó del nervio ocular comun.

§ IV.—Tratamiento.

El tratamiento consistirá en impedir al enfermo todo género de fatiga respecto de la vista; en colocarle bajo condiciones higiénicas favorables y susceptibles de entonar su constitucion acabada, y en el uso de lentes biconvexos, que se escogerán segun los principios que establece el artículo PRESBITISMO.

2.° ESPASMO DEL MÚSCULO CILIAR.

§ I.—Causas.

Del mismo modo que podemos producir artificialmente la parálisis del músculo ciliar, instilando belladona en los ojos, de igual suerte podemos determinar voluntariamente el espasmo de dicho músculo instilando en los ojos algunas gotas de una disolucion de extracto de habas del Calabar. Las causas predisponentes son la infancia y la juventud, un trabajo exagerado, y el presbitismo ó la hipermetropía que obligan al músculo ciliar para que efectúe contracciones exageradas.

§ II.—Síntomas y curso.

No hay síntoma objetivo constante, y toda la afeccion consiste en un enturbiamiento de la vista mas ó menos intermitente. Los objetos lejanos se ven muy bien y sin fatiga; pero cuando hay que leer, si bien se comienza sin dificultad, á poco aparecen el enturbiamiento y la confusion de los caractéres, el dolor de cabeza, la tension del ojo y la necesidad de un descanso inmediato. Todos estos fenómenos son susceptibles de suspenderse durante dos ó tres dias, para reproducirse al cabo de muy poco tiempo. Liebreich admite dos formas de espasmo de la acomodacion. En una, la contraccion del músculo ciliar es contínua é imposible de vencer, y el punto mas lejano de la vista distinta, próximo como en la miopía, lo que se conoce instilando belladona. En otra, además de la imposibilidad de llegar al reposo completo del músculo ciliar, se observa un fenómeno muy notable: siempre que el enfermo quiere aplicar su vista á los objetos próximos, se produce una tension demasiado fuerte de la acomodacion que arregla los ojos para una distancia mas pequeña que la necesaria, hasta que el objeto llega finalmente al punto mas próximo. Esta última forma es mas rara que la anterior. El curso de la enfermedad es intermitente al principio, pero puede llegar á tener cierta permanencia. Y si hay la probabilidad de que el pronóstico no sea siempre grave, tambien conviene formularlo con alguna reserva, porque suelen sobrevenir complicaciones por parte de las membranas profundas á consecuencia de la congestion de la coróides y de la retina, y resultar ambliopías incurables.

§ III.—Diagnóstico.

Generalmente es fácil. El exámen oftalmoscópico, no descubre alteracion alguna del ojo; la vision á través de un naipe agujereado es clara, y el enturbiamiento de la vista de los objetos próximos se desarrolla de repente con cefalalgia, fatiga y alucinaciones. En el presbitismo y la parálisis del músculo ciliar, lejos de presentarse una miopía repentina, se manifiestan fenómenos opuestos, resultantes del alejamiento del punto mas próximo de la vision distinta. Haciendo que el enfermo lea con un ojo solo y asegurándose de que no se mejora así su vista, podrá distinguirse el espasmo de la acomodacion de cualquier trastorno de la vista que sea casi análogo y que resulte de la falta de convergencia de los ejes ópticos. Por lo demás, ambas afecciones marchan generalmente juntas.

§ IV.—Tratamiento.

Es indispensable suprimir la causa de la enfermedad, aconsejar al paciente que cambie de profesion, y en cuanto sea posible, hacerle que viva en el campo. Se prescribirán los midriásicos, con objeto de que descanse el músculo ciliar, y se darán al enfermo anteojos biconvexos, capaces de corregir la hipermetropía ó el presbitismo, cuando existan, y en todo caso, de neutralizar los esfuerzos de la acomodacion del músculo ciliar.

3.° ALTERACIONES VISUALES DEBIDAS Á FALTA DECONVERGENCIA DE LOS EJES ÓPTICOS.

Durante el acto de la acomodacion para descubrir objetos próximos, los nervios ópticos convergen entre sí, realizándose una contraccion mas ó menos enérgica y contínua del músculo recto interno. De ahí pueden resultar fatigas ó espasmos de dicho músculo, susceptibles de producir diferentes alteraciones de la vista: 1.° Si la tension muscular es idéntica por ambos lados, el único fenómeno que se manifiesta es una *fatiga ocular* muy análoga al espasmo orbicular. Dicha fatiga ocular se caracteriza por el enturbiamiento de la vista, por el dolor y por la incapacidad de entregarse durante mucho tiempo al trabajo sobre cosas pequeñas. 2.° Si la tension muscular es desigual para cada uno de los músculos rectos internos, resulta un síntoma mas grave, que es la *diplopía*. La causa eficiente de dicha diplopía reside en una falta de convergencia de los ejes ópticos, ya por resultado de la contraccion espasmódica de uno de los derechos internos, ya por su parálisis, ya, en fin, por el predominio de la accion del recto interno del mismo lado. El enfermo ve perfectamente los objetos lejanos; pero cuando se aplica con insistencia á un trabajo delicado, poco á poco siente enturbiarse la vista, y uno de sus ojos se dirige á fuera hasta el punto de llegar á percibir los objetos dobles. Si trata de hacer esfuerzos para corregir su diplopía, llega á conseguir el fin en los primeros momentos; pero muy pronto conoce la imposibilidad y se ve precisado á descansar. La diplopía puede ser *directa* ó *cruzada*: directa cuando el estrabismo es divergente, cruzada cuando es convergente. Esta afeccion no deja de ofrecer inquietud, porque está á punto de determinar un estrabismo fijo é incurable, á menos que no se intervenga quirúrgicamente. El tratamiento de estas alteraciones visuales es muy delicado. Conviene primero evitar el trabajo asíduo sobre cosas pequeñas; y si esta precaucion no basta y la diplopía persiste, hacer uso de cristales bicóncavos, que disminuirán la convergencia de los ejes ópticos. En todo



caso, deberá procurarse emplear lentes prismáticos, cuya base se coloque del lado de la imágen complementaria; y por tanteos se llegará á obtener la fusion de ambas imágenes.

Acabamos de indicar una de las causas de la diplopía y del estrabismo y los medios de remediarla. Deberíamos en seguida tratar del estrabismo fijo que resulta de la parálisis del motor comun y del nervio del sexto par; pero ya lo hemos hecho anteriormente. (Véase tomo I, páginas 991 y 995. Y como las otras variedades de desviacion ocular se determinan por tumores, pertenecen exclusivamente á la cirujía. (E. Leplat.)

LIBRO DÉCIMOCUARTO.

ENFERMEDADES DEL OIDO.

Las enfermedades del oido están lejos de llegar al grado de perfeccion que despues de años de perseverancia han alcanzado las afecciones de los ojos. Sin embargo, la patología auricular cuenta con cierto número de trabajos importantes que no deben desdeñarse en un Tratado de medicina práctica. Despues de los trabajos de Leschevin, Portal, Astley Cooper, Saissy (de Lion), con objeto de dilucidar algunos difíciles problemas de la patología auricular, debemos citar las obras de Itard (1), de Kramer, de Meniere, de Bonnafont (2), de Deleau, de Triquet (3), de Blanchet (4), etc., de los que tomaremos las nociones mas indispensables para la práctica médica diaria. Consagraremos tres capítulos á las enfermedades del oido: 1.°, *exámen subjetivo y objetivo del aparato auditivo;* 2.°, *otitis (interna y externa);* 3.°, *nevralgia del oido y sordera.*

CAPÍTULO PRIMERO.

EXÁMEN DEL APARATO AUDITIVO.

El exámen del aparato auditivo se divide naturalmente, como la exploracion de los ojos, en *subjetivo* y *objetivo.*

1.° *Exámen subjetivo.*—Consiste en recoger las diversas sensaciones experimentadas por el enfermo y la medida de la extension de la audicion. Por desgracia todos estos diversos fenómenos no pueden dar una nocion exacta y suficiente de las alteraciones materiales del órgano de la audicion. La *paracusia* ó perversion del oido, consistente en una sensibilidad anormal del nervio auditivo que trasforma los sonidos suaves en fuertes y que hace percibir muchos ruidos cuando se produce uno solo, y que, por último, determina zumbidos de forma

(1) Itard, *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, 2.ᵉ édit. Paris, 1842.
(2) Bonnafont, *Traité théorique et practique des maladies de l'oreille.* Paris, 1860.
(3) Triquet, *Traité practique des maladies de l'oreille*, 1857.
(4) Blanchet, *Traitement des maladies de l'oreille interne.—La surdi-mutité, traité philosophique et médical*, 1850.

é intensidad diversa, pertenece á muchos estados patológicos, y no se podrán distinguir unos de otros. No hay, pues, lugar de estudiar la paracusia por sí misma, pues pertenece á la patología general. Pueden deducirse las mas exactas nociones de la medida de la extension del oido, pues que permite clasificar los sordo-mudos en diversas categorías bajo el punto de vista del modo de educacion que les es aplicable.

La sordera tiene grados diversos. El primero está caracterizado por una simple disminucion de la audicion, y se le da el nombre de *disecea;* el segundo por la ausencia completa de la percepcion de los sonidos, y se la denomina *cofosis*. Entre ambos extremos hay grados infinitos, de los que podemos darnos cuenta por mèdio de los *acúmetros*.

Se han inventado muchos instrumentos para medir con exactitud la potencia auditiva; algunos son muy complicados y están distantes de llenar el objeto que se han propuesto. Los mejores son todavía el tic-tac de un reloj de bolsillo y los diapasones que se aproximan ó separan del oido. Itard (1) ha ideado un acúmetro (figura 96) formado por un pequeño martillo que se deja caer sobre un cuerpo sonoro; el ruido que produce está en razon de la altura de la caida, la que está representada por divisiones en un pequeño cuadrante, sobre el que corre una aguja unida íntimamente al vástago del martillo; pero este instrumento, cuyo mecanismo es fácil de comprender, no ha adquirido extension en la práctica. En definitiva, solo se usan el reloj y el diapason. Cuando el sonido del diapason ó el ruido del reloj no se perciben por el enfermo, estando aplicados sobre la cabeza, hay que deducir la existencia de una sordera completa con parálisis del nervio acústico. Si el enfermo no percibe los sonidos sino en el momento en que el diapason ó el reloj se aplican sobre las paredes del cráneo, se considerará como intacto al nervio acústico, aunque la sordera sea completa. La sordera será incompleta y medirá diversos grados cuando el reloj ó el diapason se perciban á distancia de las paredes craneanas.

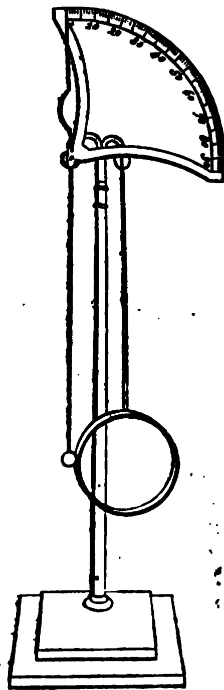


Fig. 96.—Acúmetro de Itard.

2.° *Exámen objetivo del oido.*— El exámen subjetivo no puede suministrar sino la nocion general del grado de sordera; el exámen objetivo es el único que in-

(1) Itard, *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, 2.e edit. Paris, 1842, pl. I, fig. 1.

[illegible]



Fig. [illegible] [illegible] de abertura [illegible] [illegible] [illegible] curvadura de los [illegible] del instrumento

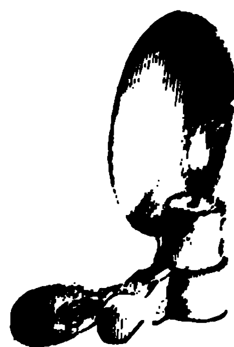


Fig. [illegible] – Aparato de Triquet para iluminar el conducto auditivo

[illegible] las [illegible] el las [illegible] [illegible] bargo [illegible] rirse la luz artificial, porque es mas fácil de [illegible] trar y [illegible] las partes que se quieren explorar. En la practica los medios mas sencillos son los mejores. El pequeño aparato de Triquet

(figura 98) nos parece suficiente para satisfacer las necesidades de la práctica diaria.

Se compone: 1.°, de una tenacilla de dos ramas que se separan por presion sobre el resorte; 2.°, de una bujía encendida, colocada entre las ramas; 3.°, de un espejo cóncavo colocado detrás de la luz.

El aparato de Bonnafon (figura 99) produce una luz mas intensa, pero no es tan cómodo de manejar.

El cilindro *a*, que tiene 6 centímetros de altura por 5 de diámetro, está compuesto de dos valvas de charnela *b*, de modo que pueda abrirse para adaptarse al tubo de una lámpara correspondiente al foco luminoso. Este cilindro presenta por un lado una abertura circular de 2 centímetros, provista de una lente biconvexa, y comunica por un pequeño tubo con el cuerpo del instrumento. Este tubo está provisto: 1.°, de un espejo reflector *cc* colocado enfrente de la lente y describiendo con ella un ángulo de 45 grados; 2.°, de otra lente *d* que cierra la extremidad correspondiente del tubo. Se comprende que una vez adaptada la parte cilíndrica del instrumento á la lámpara, la luz de esta se refracta por la primera lente antes de recibirse por el espejo reflector, el que á su vez la refleja en ángulo recto sobre la segunda lente, que atraviesa condensándose, y forma un haz luminoso muy intenso, que se dirige sobre el conducto auditivo dilatado por el espéculum bivalvo *e*, iluminando bien todas las partes de este tubo, haciendo fácil la distincion de todas las trasformaciones morbosas que puede sufrir, y practicar todas las operaciones que puedan reclamarse (1).

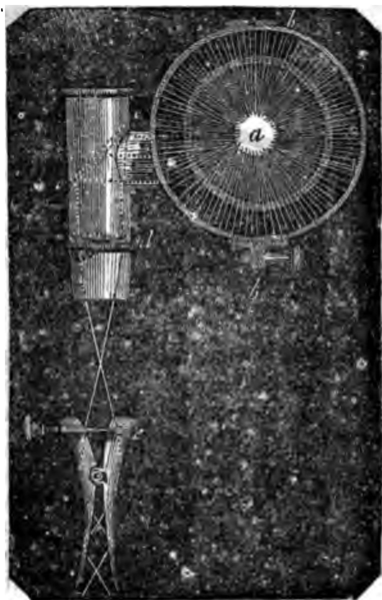


Fig. 99.—Otóscopo de Bonnafont.

B. La *exploracion del oido medio* se puede hacer directamente, á menos de existir una destrucion completa de la membrana del tímpano. Pero haciendo pasar á través de la caja del tímpano líquidos y aire atmosférico, no puede menos de darnos cuenta de estas diversas alteraciones. Entonces es menester introducir la sonda en la trompa de Eustaquio. La figura 100 da idea de los medios de sondar la trompa de Eustaquio sin que insistamos en ello. Cuando está colo-

(1) Bonnafont, *loc. cit.*, p. 46.

cion del cerebro ó de una parálisis del nervio motor comun, tiene un desarrollo muy pausado, y resulta incurable muchas veces.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Cuando ha desaparecido la vision de los objetos próximos, mientras que resulta perspicaz la de los objetos lejanos en la parálisis del músculo ciliar, puede confundirse esta afeccion con el presbitismo. Pero la edad de los enfermos, la marcha de los accidentes y la curacion posible de la parálisis, distinguen muy bien ambas enfermedades entre sí. La integridad de las membranas profundas, la mejoría de la vista con los cristales biconvexos y el estado poco á poco perfecto de la vision, fuera de las ocasiones en que se aplican los ojos á descubrir cosas pequeñas, pertenecen á la parálisis del músculo ciliar y apenas se hallan en la ambliopía bajo forma tan clara. Finalmente, la ausencia de dolores orbitarios y la imposibilidad de ver cerca, aun en el principio de cualquier trabajo, distinguen la parálisis del músculo ciliar de su afeccion espasmódica, que, como vamos á decir, presenta síntomas opuestos.

Tan ligera es la enfermedad cuando depende del uso de la belladona, de la difteritis, ó de la convalecencia de una afeccion grave, como peligrosa cuando procède de una alteracion material del cerebro ó del nervio ocular comun.

§ IV.—Tratamiento.

El tratamiento consistirá en impedir al enfermo todo género de fatiga respecto de la vista; en colocarle bajo condiciones higiénicas favorables y susceptibles de entonar su constitucion acabada, y en el uso de lentes biconvexos, que se escogerán segun los principios que establece el artículo PRESBITISMO.

2.° ESPASMO DEL MÚSCULO CILIAR.

§ I.—Causas.

Del mismo modo que podemos producir artificialmente la parálisis del músculo ciliar, instilando belladona en los ojos, de igual suerte podemos determinar voluntariamente el espasmo de dicho músculo instilando en los ojos algunas gotas de una disolucion de extracto de habas del Calabar. Las causas predisponentes son la infancia y la juventud, un trabajo exagerado, y el presbitismo ó la hipermetropía que obligan al músculo ciliar para que efectúe contracciones exageradas.

§ II.—Síntomas y curso.

No hay síntoma objetivo constante, y toda la afeccion consiste en un enturbiamiento de la vista mas ó menos intermitente. Los objetos lejanos se ven muy bien y sin fatiga; pero cuando hay que leer, si bien se comienza sin dificultad, á poco aparecen el enturbiamiento y la confusion de los caractéres, el dolor de cabeza, la tension del ojo y la necesidad de un descanso inmediato. Todos estos fenómenos son susceptibles de suspenderse durante dos ó tres dias, para reproducirse al cabo de muy poco tiempo. Liebreich admite dos formas de espasmo de la acomodacion. En una, la contraccion del músculo ciliar es contínua é imposible de vencer, y el punto mas lejano de la vista distinta, próximo como en la miopía, lo que se conoce instilando belladona. En otra, además de la imposibilidad de llegar al reposo completo del músculo ciliar, se observa un fenómeno muy notable: siempre que el enfermo quiere aplicar su vista á los objetos próximos, se produce una tension demasiado fuerte de la acomodacion que arregla los ojos para una distancia mas pequeña que la necesaria, hasta que el objeto llega finalmente al punto mas próximo. Esta última forma es mas rara que la anterior. El curso de la enfermedad es intermitente al principio, pero puede llegar á tener cierta permanencia. Y si hay la probabilidad de que el pronóstico no sea siempre grave, tambien conviene formularlo con alguna reserva, porque suelen sobrevenir complicaciones por parte de las membranas profundas á consecuencia de la congestion de la coróides y de la retina, y resultar ambliopías incurables.

§ III.—Diagnóstico.

Generalmente es fácil. El exámen oftalmoscópico, no descubre alteracion alguna del ojo; la vision á través de un naipe agujereado es clara, y el enturbiamiento de la vista de los objetos próximos se desarrolla de repente con cefalalgia, fatiga y alucinaciones. En el presbitismo y la parálisis del músculo ciliar, lejos de presentarse una miopía repentina, se manifiestan fenómenos opuestos, resultantes del alejamiento del punto mas próximo de la vision distinta. Haciendo que el enfermo lea con un ojo solo y asegurándose de que no se mejora así su vista, podrá distinguirse el espasmo de la acomodacion de cualquier trastorno de la vista que sea casi análogo y que resulte de la falta de convergencia de los ejes ópticos. Por lo demás, ambas afecciones marchan generalmente juntas.

aumentando con la inflamacion; hay zumbidos y silbidos de oidos. En los casos en que la inflamacion es muy intensa, el dolor se extiende á toda la cabeza ó á uno de sus lados; pero estos casos no son los mas frecuentes.

La *inspeccion del conducto auditivo* da á conocer: primero la rubicundez y la sequedad de este conducto, y luego mayor ó menor número de granos, al principio pequeños, despues mas grandes, que se llenan de pus. En una época mas avanzada se observa la rotura de estos granos y una ulceracion consecutiva, y en ciertos casos hinchazon y tumefaccion considerable de la mucosa.

El *flujo de pus* viene ordinariamente á calmar el dolor al cabo de tres ó cuatro dias. Al principio es un líquido tenue, y despues un verdadero pus, que tiene á veces un olor fétido. Algunas veces la hinchazon de la mucosa es tal que cierta cantidad de pus se halla detenida detrás y ocasiona un dolor muy vivo; es necesario estar prevenido acerca de la posibilidad de este accidente, con el fin de remediarle pronto.

Ordinariamente los síntomas generales son leves; sin embargo, en todos los casos el dolor ocasiona cierta ansiedad, malestar, y en muchos insomnio. En algunos, cuando la inflamacion es violenta y profunda, se desarrolla la calentura y hay agitacion; pero todos están conformes en decir que cuando hay un dolor excesivo y profundo, cuando sobreviene una agitacion muy grande, delirio y una calentura considerable, es que la inflamacion se ha extendido á la cavidad del tímpano, porque la otitis externa por sí misma no es capaz de dar lugar á síntomas tan graves.

§ III.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad es contínuo, aunque el dolor tenga por momentos, y sobre todo durante la noche, grandes exacerbaciones.

La *duracion* de los síntomas violentos es, como hemos dicho anteriormente, de tres á cuatro dias; la de la supuracion es muchas veces mas considerable.

La *terminacion* ordinaria es una pronta curacion; pero á veces se hace esperar, las úlceras no se cicatrizan, y la otitis puede pasar al estado crónico.

§ IV.—Tratamiento.

Si la inflamacion, está limitada al conducto auditivo, si hay pocos síntomas generales, las inyecciones emolientes, las cataplasmas aplicadas sobre la oreja, la separacion de las causas que han producido ó sostienen la inflamacion, bastan con frecuencia para hacer abortar la enfermedad antes de que se haya establecido nin-

gun flujo mucoso ni purulento. Si el dolor es vivo, es necesario recurrir á las inyecciones calmantes y narcóticas, hechas, por ejemplo, con una *solucion de dos á tres decigranos de opio en un cocimiento de malvabisco y cabezas de adormideras*. Itard (1) aconseja en el mismo caso poner en el conducto auditivo un lechino de algodon, en el que estén envueltos algunos granos de *alcanfor*. Entonces tambien conviene una ó mas aplicaciones de *sanguijuelas* detrás de las orejas, y si el estado agudo no cede por la influencia de estos medios, no se debe vacilar en practicar una *sangría* general. Una vez establecido el flujo, es preciso reemplazar las inyecciones narcóticas por otras emolientes, como las de leche tibia ó agua de malvabisco. Por último, los pediluvios sinapizados y las derivaciones al conducto intestinal, son tambien muy útiles.

2.° OTITIS EXTERNA CRÓNICA.

Los únicos síntomas importantes que presenta son el flujo de pus amarillento ó amarillo sucio, fétido ó no, sin dolor, con entorpecimiento mas ó menos marcado del oido, y á veces zumbidos.

Tratamiento.—Empleo de inyecciones detersivas y astringentes, vejigatorios detrás de la oreja, y aun el sedal si se cree necesario.

El tratamiento local debe ser antiflojístico y sustitutivo y subordinado á la extension y profundidad de la inflamacion; pero no siempre es suficiente si no se secunda por un tratamiento general dirigido contra la causa diatésica de la enfermedad. En este concepto es útil indicar una especie de otitis externa descrita por Triquet (2) y Sentex (3); tal es la *otitis herpética*.

La otitis herpética es aguda ó crónica, pero esta es la forma mas frecuente, y lo es mas en los adultos y viejos que en los niños en oposicion á la otitis catarral. Está caracterizada por tumefaccion rojiza ó violada de la piel del pabellon, del conducto auditivo y de la membrana del tímpano con costras blanquecinas ó agrisadas, pero con frecuencia amarillentas ó negruzcas, tomando la forma de las superficies que cubren, y son mas ó menos duras. Un líquido amarillento ú oscuro y fétido fluye casi constantemente por el oido enfermo ó por los dos, que es lo mas frecuente.

La lesion primitiva es la del eczema habitualmente, ó bien la del impétigo y el ectima.

La causa diatésica es el herpetismo, la escrófula ó la sífilis. El tratamiento general será el de los estados diatésicos (véase ENFERMEDADES DE LA PIEL); al interior los tónicos y los arsenicales; al ex-

(1) Itard, *Traité des maladies de l'oreille et de l'audion*, nueva edicion. París, 1842.
(2) Triquet, *Gazette des hopitaux*, 11 Abril 1865.
(3) Sentex (de Bordeaus), *Des ecoulements purulents du conduit auditif et de la phlebite consécutive des sinus meningieus*, tésis de doctorado. París 1865.

terior los baños sulfurosos; localmente los diversos tónicos, como pomadas de brea ó de precipitado blanco, etc., y pequeñas cataplasmas de harina de arroz introducidas en el oido por medio de un tul fino.

ARTICULO II.

OTITIS INTERNA *(Otitis aguda de la caja)* (1).

1.° OTITIS INTERNA AGUDA.

§ I.—Causas.

Las causas de la otitis interna no son ordinariamente una violencia externa ó la accion de un cuerpo extraño. Hemos visto que á veces la otitis externa podia extenderse á la cavidad del tímpano; pero las mas no se encuentra otra causa de la afeccion que la accion del frio, ó bien la tendencia que tienen ciertos órganos á inflamarse secundariamente en el curso ó en la convalecencia de una enfermedad grave, tal como la calentura tifoidea, la viruela, etc. Todos los autores convienen en que en la produccion de esta enfermedad es necesario reconocer una predisposicion no dudosa.

§ II.—Síntomas.

El *dolor* es generalmente mucho mas vivo que en la otitis externa, y esto muy al principio. Es profundo, continuo, con exacerbaciones mas ó menos violentas, unas veces se fija en un oido y otras se irradia á todo un lado del cráneo. Arranca fuertes quejidos al enfermo, y este experimenta además una sensacion de plenitud y latidos en la cavidad del tímpano. La *sordera* puede depender de la obstruccion de la trompa y la rarefaccion ó aun absorcion del aire contenido en la caja (2).

Al mismo tiempo se ve sobrevenir *agitacion*, insomnio, á veces vértigos, delirio y aun convulsiones.

No tarda en desarrollarse la *calentura*; hay sed, pérdida mas ó menos completa del apetito, calor en la piel y cefalalgia, que no se debe confundir con el dolor causado por la inflamacion.

Estos síntomas violentos, cuando la afeccion es simple y no están alterados los huesos y los cartílagos, duran ordinariamente tres ó cuatro dias; despues el enfermo *siente salir el pus* por el conducto auditivo interno, y ordinariamente sale una cantidad que moja la al-

(1) Bonnafont; *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1860.
(2) Idem, idem.

mohada. Desde este momento se manifiesta un alivio de los mas marcados, el dolor cesa repentinamente con la agitacion y los demás síntomas concomitantes, y el enfermo puede dormir tranquilamente. En algunos casos raros el pus fluye en la garganta por la trompa de Eustaquio.

En los dias siguientes el pus continúa escapándose, y es algunas veces fétido. Despues disminuye poco á poco, y al cabo de poco tiempo la enfermedad se termina por la curacion sin dejar vestigios.

Pero antes que el pus se fragüe paso por sí mismo, sea por la trompa de Eustaquio, sea por la membrana del tímpano ulcerado, es bueno diagnosticar la inminencia de esta terminacion para el porvenir, y sobre todo impedir la salida del pus á través de las células mastóideas.

Para este efecto se practica el cateterismo del conducto auditivo externo, sea con el espéculum recto de valvas de Itar, sea con el curvo de Triquet.

Por estos medios exploradores se descubre el acúmulo del pus en el oido medio, porque su color amarillento se destaca sobre el tímpano cuya concavidad externa se reemplaza por una convexidad en el mismo sentido. Al mismo tiempo esta membrana pierde sus reflejos blancos irisados, y el mango del martillo deja de percibirse por trasparencia.

Por esta exploracion podrá deducirse que la otitis interna aguda es flemonosa, y no solo catarral, y que es necesario practicar el cateterismo de la trompa á fin de evacuar el pus por esta via, ó si la maniobra es insuficiente, practicar la perforacion del tímpano. Esta perforacion se hace con la barra de nitrato de plata aguzado ó con el estilete. La primera operacion evitará la ulceracion del tímpano, que es inminente; la perforacion debe evitar la migracion del pus á través de las células mastóideas.

La falta de intervencion facultativa y la accion de alguna otra causa, expondria al enfermo á otros accidentes graves, como el *reblandecimiento de los cartílagos*, diversas *alteraciones de los huesos*, la *propagacion de la inflamacion á las membranas cerebrales y aun al cerebro;* las primeras deberán estudiarse en los Tratados de cirujía y las demás se indicarán en el artículo OTITIS INTERNA CRÓNICA. (Racle.)

§ III.—Curso, duracion, terminacion.

El *curso* de la enfermedad es, como acabamos de ver, contínuo y rápido. La *duracion* es generalmente corta; sin embargo, sucede algunas veces que el segundo período, es decir, el que está caracterizado por el flujo de pus al exterior, se prolonga durante mucho tiempo. La *terminacion* ordinaria de la otitis aguda simple es la cu-

racion. Los casos en que la inflamacion se propaga á los órganos intracranianos son casi todos complicados.

§ IV.—Diagnóstico.

El *diagnóstico* no presenta comunmente dificultad cuando la afeccion es simple, y ya hemos dicho muchas veces que no debemos ocuparnos de los casos complicados. Se distingue la otitis interna de la externa por la exploracion del conducto auditivo. La falta de todo signo de inflamacion en este, unida al dolor vivo y profundo y al movimiento febril, basta para fijar el juicio del médico.

El diagnóstico de la otitis interna, no solo debe distinguirse de la otitis externa, sino que es indispensable fijar el pronóstico y el tratamiento, y precisar si el caso pertenece á la otitis catarral pura ó á la flemonosa, sin hablar de la otitis de las fiebres graves que se distingue claramente de las anteriores por sus signos anamnésticos.

La otitis catarral es producida por el frio húmedo. La flemonosa por las fiebres graves ciertas predisposiciones diatésicas. La primera es poco dolorosa y produce reaccion febril poco intensa. La segunda presenta un dolor intenso, violento, reaccion y alteraciones cerebrales. Si se hace penetrar en la caja del tímpano una ducha de aire por medio del cateterismo de la trompa y del soplete de Kramer; en el primer caso, disminuye la sordera y se percibe una crepitacion fria; en el agudo, la ducha de aire agrava todos los síntomas y hace percibir gorgoteo (1).

La otalgia presenta un signo comun con las dos enfermedades precedentes; el dolor, que es intermitente y no contínuo y puede llegar de pronto al máximun de intensidad, calmándose de igual suerte para dejar aparecer otro acceso doloroso en otra parte dependiente del quinto par. (Racle.)

§ V.—Tratamiento.

La otitis aguda se termina ordinariamente por la rotura de la membrana del tímpano y por la salida del pus al exterior, y que en algunos casos raros se verifica el flujo por la trompa de Eustaquio. Antes de llegar á este momento es necesario emplear medios apropiados para calmar los dolores y la agitacion, que es su consecuencia. Para esto se ha recurrido á la *sangria general*, á las *sanguijuelas* aplicadas detrás de las orejas, á los *emolientes*, y principalmente á las cataplasmas frecuentemente renovadas, á los *calmantes*, y principalmente al opio. Como medios auxiliares se emplean los *pediluvios sinapizados*, los *purgantes*, etc.

Se prescribirán con ventajas los baños tomados del modo si-

(1) Triquet, *Traite pratique des maladies de l'oreille.* 1857.

guiente: el enfermo inclinará la cabeza al lado opuesto, quedando alto el oido enfermo, cuyo conducto se llena de un cocimiento á partes iguales de malvabisco y adormideras, templado; suele soportarlos mejor el enfermo cuando están frios. Estos baños se repiten varias veces al dia, haciéndolos lo mas largos posible (1) (Rayer).

Pero puede suceder que el pus encerrado en el tímpano no pueda abrirse libre paso al exterior. En semejante caso los accidentes se prolongan, y la permanencia del líquido puede ocasionar alteraciones graves de los huesos y de los cartílagos.

El pus así formado constituye un verdadero absceso, y es de la mayor importancia acelerar su evacuacion. Dos medios se presentan: ó bien *desobstruir la trompa de Eustaquio*, ó *perforar la membrana del tímpano*... Por la una y la otra de estas dos prácticas se ha llegado muchas veces á dar al líquido una salida suficiente á detener la inflamacion en su curso y poner fin á la enfermedad. Sin embargo, la perforacion de la membrana del tambor es ordinariamente preferible, aunque destruya una parte natural, porque la abertura practicada queda fácilmente libre y abierta, al paso que la trompa de Eustaquio está expuesta á obstruirse de nuevo, ya por la hinchazon de su membrana, ya por el pus. En muchos enfermos, Itard ha logrado curar la otitis interna por la rotura artificial de la membrana del tambor.

Despues de esta rotura la caja no se vacía siempre de este producto, pues hay casos en que contiene, en lugar de pus líquido, una materia espesa, concreta y adherida á las paredes de la cavidad, de suerte que es *necesario sacarla por medio de un estilete*, ó bien desleirla con *inyecciones hechas con fuerza*. La inflamacion cede ordinariamente en cuanto está abierto el foco. Pero no es esto todo; todavía queda que luchar contra la permanencia y la acumulacion del pus. La situacion profunda del foco, y la circunstancia de que su fondo forma una cavidad mas ancha que la abertura de salida, hacen muchas veces inútil la comunicacion exterior, y en lugar de deterjerse y de agotarse, el absceso se convierte en fístula. Agréguense á estas causas la alteracion que pueden haber experimentado las paredes óseas de la caja, y se concebirá cómo la otitis interna aguda acarrea tan frecuentemente la otitis crónica ó la otorrea. Las inyecciones primero deben ser emolientes y calmantes, y si mas tarde la inflamacion parece tener tendencia á pasar al estado crónico, se recurrirá á las inyecciones ligeramente excitantes y detersivas.

(1) Bonnafont, *loc. cit.*

2.° OTITIS CRÓNICA INTERNA.

Sigue bastantes veces á la otitis aguda; ataca frecuentemente á los sugetos que padecen afecciones crónicas, y en estos se desarrolla con frecuencia de una manera expontánea.

Es menester admitir las influencias diatésicas escrofulosas, gotosa (José Frank, Itard), sifilítica (Wilde), tuberculosa (Rilliet y Barthez, Grisolle, 1833).

Sin embargo, todo autoriza á creer con Lebert que los productos tuberculosos son infinitamente raros en el peñasco de los tísicos atacados de otitis crónica. Este autor, en sus investigaciones microscópicas, no ha podido nunca demostrar los elementos del tubérculo en el pus de las cavidades auriculares.

Racle ha visto (1860) en el peñasco de un tísico, muerto en la Caridad, una perforacion completa del hueso y ulceracion de la dura madre. Esta pieza no presenta en ningun punto indicios tuberculosos.

En la otitis primitiva se siente en el oido afectado un *dolor* permanente, muy incómodo, acompañado de sordera, que puede durar mucho tiempo; despues se establece el flujo y no se agota, solo que es mas ó menos abundante segun diversas circunstancias que no es fácil apreciar. La sordera, los zumbidos y los silbidos de oidos son tambien síntomas de esta afeccion.

Las alteraciones fisiológicas de la audicion pueden pasar por numerosas variaciones; así pueden observarse sucesivamente el *eretismo* ó *exaltacion del oido*, la *paracusia* ó *depravacion* de la funcion, la *disecea* ó dureza del oido; en fin, la *cofosis* ó sordera casi absoluta.

En las enfermedades nerviosas se encuentran estas extrañas alteraciones del oido (Racle).

Además, cuando la membrana del tímpano se halla destruida, lo que es el caso mas comun, el enfermo hace salir el aire por el oido soplando fuertemente las fosas nasales, estando la nariz y la boca herméticamente cerradas. Este aire ha penetrado en el tímpano por la trompa de Eustaquio y ha salido despues por la abertura accidental.

§ I.—Complicaciones.

Complicaciones cerebrales.—Entre las complicaciones de la otitis crónica deben mencionarse las que se producen en el cerebro y en las meninges. Sentex (1), en un excelente trabajo, ha vuelto á provocar la cuestion enunciada por los antiguos y vuelta á presentar por Itard (2); pero este último observador habia interpretado equivo-

(1) Sentex (de Bordeaux), *Des écoulements purulents du conduit auditif et de la phlébite consécutive des sinus méningiens*. Tésis de doctorado. Paris, 1865.
(2) Itard, *Traite des maladies de l'oreille*. Paris 1842. t. I, p. 206 y sig.

cadamente el encadenamiento de los fenómenos; llegó á establecer que la otorrea podia depender de una inflamacion primitiva del cerebro y de las meninges y que el pus formado en el interior del cráneo fluia á través del peñasco y salia al exterior. Sentex ha analizado las observaciones de Itard y probado, en nuestro juicio hasta la evidencia, que las afecciones cerebrales son siempre consecutivas á las afecciones del oido. Insiste particularmente en las obliteraciones de los senos determinados por la otorrea.

Las *alteraciones del oido* son siempre antiguas cuando los accidentes cerebrales se manifiestan. Son generalmente profundas, y consisten en ulceraciones del conducto auditivo externo, obliteraciones de la trompa, destruccion de la cadena ósea, infiltraciones purulentas del peñasco y de la apófisis mastóides. La superficie interna del peñasco está intacta ó cariada; en el primer caso la inflamacion de las meninges y del cerebro se produce á distancia de la enfermedad primitiva, en el segundo, la flegmasía se ha propagado directamente del oido á las cubiertas cerebrales.

En el cerebro se encuentra en la autopsia los vasos meníngeos llenos de sangre, el cerebro congestionado, reblandecido ó en via de supuracion. Los senos (laterales y longitudinal superior) son asiento de concreciones sanguíneas mezclados ó no de cierta cantidad de pus.

§ II.—Síntomas.

Los *síntomas* de esta grave complicacion se han dividido por Sentex en tres categorías: 1.°, recuerdan los de la fiebre tifoidea y de la infeccion purulenta, y es la forma mas frecuente designada con el nombre de *forma puohémica ó tifoidea*; 2.°, pueden tomar los caractéres de una meningitis, y es la *forma meníngea*; 3.°, otras veces sigue la enfermedad una marcha rápida, y es la *forma hemorrágica*. La variedad de los síntomas está subordinada á la de las lesiones; los abscesos metastásicos en los diversos órganos, las inflamaciones de las meninges, la obliteracion de los senos coincidiendo con enormes derrames en el cerebro, entran como síntomas de las tres formas.

§ III.—Diagnóstico. Pronóstico.

El *diagnóstico* de la complicacion solo es posible por los datos obtenidos por el estado de los oidos antes de la explosion de los síntomas cerebrales. Sin ellos, el práctico mas consumado creeria en la existencia de una fiebre tifoidea, una meningitis ó una hemorragia simple. Gerhart (1) ha querido presentar como signo casi patognomónico de la obliteracion de los senos laterales la *vacuidad de la yu-*

(1) Gerhart, *Deutsche Klinik*, núms. 45 y 46.

gular externa correspondiente al seno enfermo; pero este síntoma, deducido por la teoría, no se ha encontrado por otros observadores.

Se comprende toda la gravedad de semejante complicacion; su resultado es fatal, y no puede evitarse sino por el tratamiento de la misma otitis crónica.

§ IV.—Tratamiento.

Los medios de tratamiento son los mismos que en la especie precedente; pero es necesario además tener mucho cuidado de *conservar una libre salida á la supuracion.* Hé aquí, en efecto, cómo Velpeau, de quien tomamos lo que sigue, se expresa sobre esta materia: «Un punto esencial, dice, en el tratamiento de la otorrea, principalmente en la interna, es mantener un paso libre y contínuo al producto de la supuracion. Principalmente despues de una supresion del flujo es cuando se manifiestan las complicaciones cerebrales. Este cuidado es tan importante, que es el principal sobre el cual debe fijar el médico su atencion. En semejante caso se deberán repetir las inyecciones emolientes, y en caso necesario sondar la trompa de Eustaquio y el conducto auditivo para quitar las aglomeraciones de pus ú otras que pueden obstruir los conductos. Igualmente se deberá, si la obstruccion proviene de una hinchazon aguda de las membranas, hacerla desaparecer por medio de cataplasmas, algunas sanguijuelas y pediluvios. Por último, si la supresion depende de cualquier otra causa, es necesario producir una derivacion en otra parte.

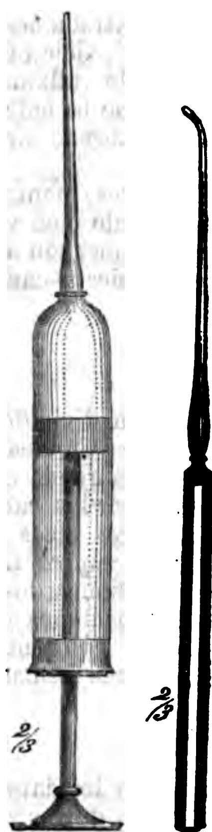


Fig. 102.—Jeringa de cánula muy larga para inyecciones. Fig. 103.—Porta-cáustico.

Con objeto de hacer penetrar los líquidos con mas seguridad en el interior de la caja, emplea Bonnafont una jeringa provista de una cánula muy larga (fig. 102). Algunas veces ha procurado modificar la superficie enferma por medio del nitrato de plata que conduce á la cavidad con el porta cáustico (fig. 103); pero fácilmente se concibe con cuánta prudencia hay que manejar este medio.

CAPÍTULO III.

Afecciones nerviosas del oido.

ARTÍCULO PRIMERO.

OTALGIA.

En el mayor número de casos que se han escrito como otalgia, se trataba de verdaderas otitis. Sin embargo, hay algunas en las que el dolor solo constituye toda la enfermedad; pero todos los autores están conformes en decir que son raras. El hecho es cierto, y lo que no se ha dicho es que aun en los casos en que la enfermedad se halla constituida únicamente por el dolor, muy rara vez sucede que este dolor esté limitado al oido, pues las mas veces se encuentran otros puntos dolorosos, sobre todo en el nervio ocipital, y que la otalgia no es en estos casos una enfermedad distinta, sino un síntoma de una enfermedad mas general.

El *dolor* ocupa ya el pabellon de la oreja, ya el conducto auditivo ó ya una parte mas profunda. Ordinariamente es lancinante, y las punzadas se asemejan al dolor que produciria un instrumento punzante muy fino introducido en el oido.

Las mas veces, y todos los autores convienen en ello, se sienten otros dolores en el cráneo, lo cual depende de que la nevralgia se ha extendido á mayor ó menor número de filamentos nerviosos fuera de la oreja. Se ha dicho tambien que el dolor se traslada con bastante frecuencia de la oreja á cualquier otra parte de la cabeza. Si se hubiesen observado bien los hechos, se habria visto que no habia realmente traslacion del dolor, que este existia realmente fuera del oido, y que haciéndose menos vivo ó desapareciendo de este órgano adquiriria mas intensidad en otros puntos. Esto es á lo menos lo que he visto suceder en muchos casos.

Lo que prueba la verdad de lo que se acaba de decir es que se han citado casos en los cuales, operando en nervios extraños al oido, se ha logrado la curacion de la enfermedad. Así, pues, se ha citado un caso referido por Fauchard, en el cual la extraccion de un diente cariado ha hecho cesar el dolor del oido.

Tratamiento.—Las inyecciones calmantes, las fumigaciones dirigidas al conducto auditivo, los emolientes, las emisiones sanguíneas locales, la traspiracion de la cabeza provocada por diversos medios, como lo recomienda Itard, y los calmantes interiormente, tales son los remedios elogiados por los autores que se han ocupado especialmente de las enfermedades del oido. Debo añadir que un punto muy importante de e *tratamiento* consiste en cerciorarse del grado de

extension de la enfermedad, es decir, de investigar si tiene exclusivamente su asiento en el oido, ó si ocupa otros puntos. En este último caso, es preciso atacar los puntos dolorosos en donde se encuentren, á saber: hácia la apófisis mastóides, en la sien, en la mandíbula inferior, etc. No dudamos que en muchos casos en que los vejigatorios alrededor del oido han producido la curacion de la enfermedad, se tratase de alguna de las nevralgias descritas en otro volúmen (1), y que atacando los puntos dolorosos situados fuera del oido, no se haya triunfado de la enfermedad, como se hacen desaparecer los dolores de todo el trayecto del nervio ciático aplicando el exutorio sobre uno ó dos de los principales puntos nevrálgicos.

ARTÍCULO II.

SORDERA NERVIOSA.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Los autores tienen costumbre de comparar la *cofosis* á la amaurosis, pero hemos visto que esta última afeccion resultaba ya de una lesion intra-ocular, ya de una alteracion cerebral y que excepcionalmente puede considerarse como una simple alteracion funcional. Desgraciadamente las condiciones que dan lugar á la sordera, están lejos de ser precisadas como las que producen la pérdida de la vista; así en el estado actual de la ciencia es difícil decir lo qué debe entenderse por sordera nerviosa. Kramer define la sordera nerviosa toda pérdida del oido sin lesiones apreciables despues de un exámen completo del oido externo, del oido médio y de la trompa de Eustaquio. Para nosotros la sordera nerviosa será la dependiente de una simple alteracion funcional del nervio acústico. Excluiremos, pues, de nuestra descripcion la cofosis sintomática de alteracion material del oido y del cerebro.

Segun los estados publicados por los especialitas aparece muy frecuente esta enfermedad, pero quizá dependa de que los autores no se han tomado el trabajo de excluir las sorderas sintomáticas y de las sorderas esenciales; como quiera que sea, Kramer (2), de 2.000 enfermos observó 1.074 sorderas nerviosas; Wilde (3), 244 de 2.385 enfermos, y Triquet, 46 de 163 observaciones.

§ II.—Causas.

1.° *Causas predisponentes*.—La herencia, segun Kramer, es una de las causas predisponentes mas seguras y cree que su influencia

(1) Véase *Neuralgia trifacial y occipital*, tomo I.
(2) Kramer, *Traité des maladies de l'oreille*, p. 66.
(3) W. R. Wilde, *Practical Observations on aural Surgery*.

se ejerce casi en una tercera parte de los casos; es menester no confundir la herencia con la consanguinidad; sabido es que los matrimonios entre consanguíneos se han acusado de producir la sordera y sobre todo la sordo-mudez (1). Los sexos no parecen ejercer ninguna accion predisponente para adquirir esta afeccion; y si se hace abstraccion de la sordera congénita, es mucho mas frecuente en los viejos que en los adultos. La presbicia, como la sordera, parece en efecto propia de la vejez.

Nada sabemos acerca de la influencia de los temperamentos, pero es cierto que todas las causas debilitantes obran sobre el sistema nervioso en general y sobre el auditivo en particular. La convalecencia de las enfermedades graves, las vigilias prolongadas, la inquietud y el temor son otras tantas causas predisponentes á la sordera que no se pueden poner en duda.

2.° *Causas determinantes.*—Entre las causas ocasionales es menester colocar todas las afecciones cerebrales, las convulsiones eclámsicas ó histéricas y la impresion brusca del frio. Kramer refiere al frio la sordera nerviosa dos veces, de diez; Friquet ha encontrado tambien la influencia del descenso de la temperatura en la produccion de la cofosis, y Bonnafont (2) refiere un ejemplo muy curioso. Sabidas son las íntimas conexiones que ligan el órgano de la audicion y el nervio facial. Friquet ha citado dos observaciones de sordera á consecuencia de parálisis reumática de este nervio.

Hemos visto producirse la amaurosis á consecuencia de una lesion distante del centro auditivo. Se encuentran tambien sorderas procedentes del mismo orígen; así la presencia de lombrices en el intestino se ha observado dos veces con sordera por Itard (3), en otros autores se encuentran hechos semejantes (4).

§ III.—Síntomas y variedades.

Los médicos auristas han dividido la sordera nerviosa en *congestiva* ó *tórpida*, *esténica* y *asténica*, esta distincion no tiene ninguna importancia, porque una sordera que comience por dolores de cabeza, congestion cerebral, en una palabra, por la reunion de síntomas que indican la congestion y la plétora, termina por lo general con estado muy opuesto. Sin embargo, bajo el punto de vista de las indicaciones terapéuticas será bueno admitir esta division pudiendo el estado general servir de base á la terapéutica. La sordera nerviosa tiene una invasion repentina á consecuencia de un ataque histérico, la impre-

(1) Boudin, *Mémoire sur le danger des alliances consanguines* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1861).—Liebreich, *de la prédisposition à la rétinite pigmentaire chez les enfants, etc.* (*Arch. de médecine*, 1862).
(2) Bonnafont, p. 565.
(3) Itard, *Traité des maladies de l'oreille*, t. II, p. 338 et 340.
(4) Davaine, *Traité des entozoaires.* 1860, p. 57.

sion del frio; otras veces se desarrolla lentamente con las pérdidas de fuerzas en la convalecencia de las enfermedades graves. Como síntomas accesorios se observan dolores en los oidos y zumbidos, de los que los enfermos quieren desembarazarse á todo trance creyendo que con su falta recuperarán la vision. Desgraciadamente no sucede así, por lo comun, despues de desaparecer los zumbidos, queda la cofosis.

La sordera nerviosa tiene muchos grados que es menester tener presentes porque sirven de base para el pronóstico. Todo el que no oye el reló (Bonnafont) ó el diapason aplicado á la cabeza, debe reputarse como incurable. En el caso contrario será mas ó menos susceptible la curacion cuando el nervio acústico esté mas ó menos paralizado.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* debe formarse segun los conmemorativos: toda sordera que sobrevenga bruscamente sin lesiones anteriores del oido, bajo la influencia del frio ó de una emocion moral, que suceda á un ataque histérico ó dependa de lombrices intestinales, podrá considerarse como nerviosa. Explórese con cuidado el conducto auditivo externo, la membrana del tímpano, examínese el fondo de la boca y asegurar de que no existe ninguna inflamacion crónica de las amígdalas, sobre la que Dupuytren y Robert (1) han insistido tanto. El estado de la trompa de Eustaquio y de la caja del tímpano se explorará con cuidado por medio de las sondas y de inyecciones de aire. Las alteraciones de la memoria, las parálisis parciales y dolores de cabeza persistentes indicarán una lesion cerebral; pero si no existen síntomas cerebrales y las cavidades del oido se encuentran absolutamente libres puede deducirse que la sordera es nerviosa con una certidumbre relativa muy grande.

El *pronóstico* de las sorderas nerviosas esenciales es siempre grave; es raro que el tratamiento empleado obtenga curacion completa. De un modo general el pronóstico está subordinado á la causa de la enfermedad, á la constitucion y edad del individuo: «Así es que de dos enfermos, uno jóven y viejo el otro, se podrá considerar al primero como presentando algunas probabilidades de curacion, y colocar al segundo en la categoría de los incurables» (2).

§ V.—Tratamiento.

La medicacion dirigida contra la sordera debe modificarse necesariamente segun los casos, pues no puede existir una terapéutica invariable. Si el enfermo es vigoroso, pudiéndose suponer una congestion de naturaleza reumática en el aparato nervioso auditivo, las

(1) Robert, *Bulletin de thérapeutique*, 1843, t. XXV.
(2) Bonnafont, *Traité théorique et pratique des maladies des oreilles*, p. 573.

sangrías generales, sanguijuelas y derivativos se emplearán con ventajas. Cuando, por el contrario, se suponga una simple atonía nerviosa se emplearán los excitantes difusivos. Itard ha producido un verdadero progreso en el tratamiento de las cofosis inyectando vapores de éter acético en la cavidad timpánica. Se podrá para ello seguir el mismo procedimiento que para la inyeccion de aire en la trompa, para hacer penetrar vapores medicinales, como los de éter, cloroformo ó amoniaco para procurar las funciones del nervio acústico. La potasa á la dósis de 1 gramo por 40 á 50 gramos de agua inyectada en el oido medio por Marc de Espine (1) ha producido buenos resultados. Triquet dice haber obtenido buenos resultados con las duchas iodadas:

R. Agua destilada.........	100 gramos.	Ioduro potásico......	1 gramo.
Tintura de iodo........	10 gramos.		

Se añade á esta solucion un cuarto, un tercio ó dos tercios de agua, segun la susceptibilidad de los enfermos.

Duchesne (de Boulogne) ha obtenido una curacion por medio de la electricidad.

Pero es menester tener presente que todos estos medios serán infructuosos cuando se trate de una cofosis antigua y caracterizada por la insensibilidad del nervio acústico, y deberá el médico guardarse de intentar una curacion imposible.

La sordera simpática de la existencia de lombrices en los intestinos cede con facilidad á los antihelmínticos, como lo prueban numerosas observaciones; pero por desgracia esta variedad de cofosis es rara.

Para remediar los inconvenientes de una sordera incompleta resistente á todos los medios de tratamiento, se han inventado una porcion de trompetillas y aparatos acústicos, que á veces dan útiles servicios; pero son casi siempre incómodos é insuficientes.

Presentamos aquí la figura de la trompetilla acústica mas sencilla y generalmente usada.

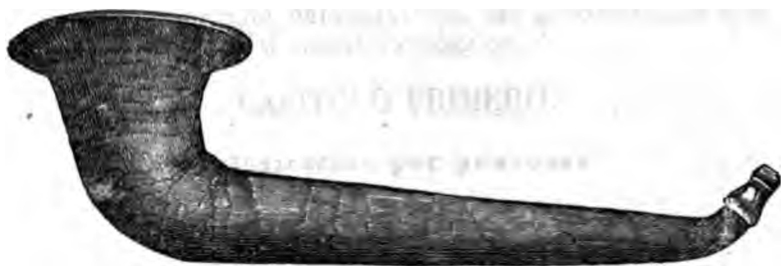


Fig. 107.—Trompetilla acústica de Bonnafont.

(1) Marc d'Es pine, *Archives générales de médecine*, 1842.

ARTÍCULO III.

SORDO-MUDEZ.

La sordo-mudez no difiere, en cuanto á su naturaleza, de la sordera nerviosa ó sintomática de una lesion local. Lo que la da carácter propio es el ser casi siempre congénita, de tal modo que el enfermo no puede adquirir la nocion de los sonidos, y se encuentra en la imposibilidad de articularlos. Sucede tambien que el niño haya oido y hablado hasta la época de seis ó siete años, pero si en esta época pierde el sentido del oido, se encuentra casí fatalmente condenado á olvidar las nociones de la palabra articulada adquiridas, y poco á poco se hace mudo á la par de sordo. Hay, pues, dos especies de sordo-mudez, una congénita y otra adquirida. Esta distincion es capital, porque con frecuencia los sordo-mudos de nacimiento son idiotas, no tienen ninguna idea de los sonidos, y son rebeldes á la educacion, mientras que la sordo-mudez adquirida no es nunca completa, y deja intactas las facultades cerebrales.

La cuestion de sordo-mudez no deja de ser interesante; pero cuando el médico ha demostrado que es frecuentemente hereditaria, que los matrimonios entre consanguíneos la predisponen, y que las lesiones anatómicas que las determinan son mal conocidas, su papel puede decirse que ha terminado. (E. Leplat.)

LIBRO DÉCIMOQUINTO.

DE LAS INTOXICACIONES.

Dando á la palabra *intoxicacion* su acepcion mas lata (*in*, en, *toxicum*, veneno), trataremos en este libro de todos los accidentes que son la consecuencia de la introduccion en la economía por las diversas vias de absorcion, no solo de *venenos*, propiamente dicho, sino de *ponzoñas* y de *virus*. El capítulo consagrado al estudio de los efectos determinados en el hombre por las *ponzoñas* es fácil y circunscrito. No sucede lo mismo con el referente á las enfermedades virulentas. Se encuentran en ellas todas las dificultades referentes á la etiología de las afecciones infectantes y contagiosas. El estado virulento está caracterizado por una alteracion hasta el presente inapreciable de una sustancia orgánica, y solo perfectamente establecida en las enfermedades que se trasmiten por inoculacion, tales como la *sífilis* y la *rabia*. Muchas enfermedades llamadas virulentas solo se trasmiten por el intermedio del aire respirado, mientras que otras, como la *viruela*, se trasmite á la vez por inoculacion, contacto y por la via atmosférica, á la manera de las enfermedades miasmáticas. Solo trataremos en este capítulo de algunas do las enfermedades virulentas inoculables, pues las demás, como los exantemas y la sífilis, han sido estudiadas en el tomo primero de esta obra.

Hemos admitido en el estudio dc los accidentes producidos por los venenos una division muy natural, y sobre todo muy práctica, fundada sobre la actividad de la causa tóxica y la marcha de los síntomas que indican su accion. Así estudiaremos separadamente el *envenenamiento agudo* ó *envenenamiento propiamente dicho* y la *intoxicacion crónica*. En fin, en un apéndice de este libro, y con el título de *intoxicaciones dudosas*, reuniremos algunas enfermedades cuya etiología presenta aun mucha oscuridad, pero que, sin embargo, parecen mas legítimamente enlazadas con las intoxicaciones que con ninguna otra seccion del cuadro nosológico.

CAPÍTULO PRIMERO.

Intoxicacion por ponzoñas.

ARTÍCULO PRIMERO.

MORDEDURA DE CULEBRAS Y DE LA VÍVORA.

Las ponzoñas son generalmente definidas como productos de secrecion fisiológica, que presentan algunos animales como medio de

defensa ó de ataque. Estos animales tienen aparatos secretorios que producen el humor tóxico, y un órgano expecial destinado á inocularle. Estas disposiciones solo se encuentran entre los mamíferos en el ornitorrinco. Ningun ave presenta aparato semejante; durante mucho tiempo se ha creido sucedia lo mismo con los peces, pero últimamente el doctor Nadeau ha descrito un aparato tóxico que presenta un pescado que frecuenta las playas de Tahiti (1). Los reptiles son los que presentan las expecies venenosas mas numerosas y temibles. Los otros toxicozoarios pertenecen á los arácnidos, á los miriópodos y á los himenópteros.

Los ofidios venenosos se comprenden todos en una misma familia, la de los *viperinos*. Esta familia se divide en varios grupos. En la tribu de los *viperinos* indicaremos los *crótalos*, tan notables por la actividad de su ponzoña, los *trigonocéfalos*, los *bothrops*, y en particular el llamado *hierro de lanza* ó *vívora amarilla de la Martinica*, las vívoras propiamente dichas, que son los mas notables de los animales venenosos de Europa. En la tribu de los *Najins* se encuentra el *naja* ó *aspic* de los antiguos; en la de los *Elapins*, de la que todas sus expecies son extrañas á Europa, la *serpiente coral* es la mas conocida, en fin, en los mares de la India, de la Nueva Granada y en la Oceanía se crian muchas expecies venenosas, que forman la tribu de los *Hydrophinos*. Antes de ocuparnos de los accidentes producidos por la mordedura del trigonocéfalo y de la vívora de Europa, diremos algunas palabras del veneno de las *viperídeas* en general.

Los mas recientes análisis del veneno de las vívoras han dado á conocer una materia colorante amarilla, una sustancia soluble en el alcohol, albúmina ó moco, una materia grasa, diversas sales, cloruros, sulfuros y lo que constituye la parte principal tóxica, un principio expecial perteneciente á la categoría de los alcalóides, que el príncipe Luis Bonaparte ha llamado *echidnina* ó *viperina*. La ponzoña de las culebras cuando fresca tiene una consistencia casi oleaginosa; el de la vívora es incolora, ligeramente opálica, ó de color amarillo pálido; el de los *crótalos* es verde, y la del *hierro de lanza* es trasparente (Guyon), inodora y sin sabor bien determinado.

«La ponzoña de las serpientes, dice P. Gervais (2), difiere del vírus en que destruye ó altera la organizacion sin hacerla punto de partida de un nuevo trabajo histológico; no tiene las cualidades de fermento, pues no comunica á los humores y los tejidos alterados sus virtudes expeciales, obra proporcionalmente á la masa, medida comparativamente con la del ser lesionado. Sin embargo, una temperatura un poco mas elevada precipita sus efectos y obra con mas rapidez en los animales de sangre caliente que en las demás clases.»

(1) Nadeau, *Plantes usuelles des Taïtiens*, thèse de Montpellier, 1854, y *Arch. de méd. navale*, t. III, p. 137.
(2) Gervais y Van Beneden, *Zoologie médicale*, t. I, p. 171.

1.°—ACCIDENTES CAUSADOS POR LA PICADURA DEL BOTHROPS LANCEOLADO (HIERRO DE LANZA, TRIGONOCÉFALO AMARILLO, VÍVORA AMARILLA DE LAS ANTILLAS).

En la Martinica, en Santa Lucía, el trigonocéfalo fija su morada generalmente en las malezas y en los plantíos de caña. Penetra con frecuencia en los jardines y en las casas de los negros atraida por el olor de las gallinas. Camina sobre todo por la noche para buscarse alimento. El *hierro de lanza* es naturalmente tímido, huye del hombre y no le ataca nunca. La herida que produce es mas bien una picadura que una mordedura. Por el enderezamiento rápido de las curvaduras de su cuerpo maneja su cabeza como un martillo sobre las partes que quiere herir. Las regiones mas frecuentemente atacadas por la picadura de esta serpiente son los miembros inferiores, despues las manos, los brazos, y por último el tronco y la cabeza (Encognere) (1).

§ I.—Síntomas.

1.° *Síntomas locales.*—En el momento en que muerde la culebra se experimenta un dolor agudo, á veces violento, que hace prorumpir en gritos; puede suceder, sin embargo, que el dolor sea casi nulo si el animal es muy pequeño y la herida muy superficial. Casi inmediatamente la lesion afecta es asiento de una notable tumefaccion; desde que esta se manifiesta la parte queda como entumecida bajo la temperatura, y la sensibilidad queda casi abolida. Al mismo tiempo los tegumentos inmediatos á la lesion se ponen lívidos.

2.° *Síntomas generales.*—La accion de la ponzoña puede manifestarse solo por fenómenos locales; pero por lo comun cuando no ha podido evitarse su absorcion al cabo de un tiempo, que varía entre algunos minutos, una hora ó mas, los heridos experimentan una debilidad muscular extrema, ansiedad precordial, desfallecimientos acompañados de náuseas y vómitos. Estos fenómenos pueden detenerse ó aumentar de intensidad; en este caso sobrevienen alteraciones graves, que indican una alteracion profunda de la economía entera. Las ideas se enturbian, los sentidos quedan en parte abolidos, la respiracion y circulacion se hacen mas lentas, y por último el coma cierra el cuadro de los fenómenos. No puede menos de encontrarse una notable analogía entre los accidentes producidos por la ponzoña de las culebras y los producidos por el curare. Si el enfermo no sucumbe en los primeros dias, se forman vastos abscesos seguidos de supuraciones interminables alrededor de la herida. A veces muchas porciones del tegumento se desprenden gangrenadas.

(1) Encognère, *Des accidents causés par la piqûre du serpent de la Martinique et de leur traitement*, thèse de Montpellier, 1865.

§ II.—Curso, duracion y terminacion.

La muerte puede producirse con gran rapidez, sobreviniendo a veces en seis horas. Generalmente la duracion de los síntomas graves es de uno a tres dias. Cuando debe tener lugar la curacion se manifiesta la mejoría al tercero ó cuarto dia: se establecen sudores abundantes, disminuye el adormecimiento, y se establece la secrecion de orina. Si la muerte es el resultado de los desórdenes producidos por los flemones ó la gangrena, se produce al decimoquinto o al vigesimoquinto dia.

En los enfermos que se curan no es raro que queden trayectos fistulosos, necrosis, úlceras cuya curacion es interminable, ó cicatrices y deformaciones penosas, ó tumefacciones edematosas ó elefantiásicas (1). «Como accidentes consecutivos se observan, segun el doctor Encognere, gangrenas parciales, espontáneas, parálisis y neurosis diversas; tambien se han señalado casos de amaurosis.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Por lo comun el diagnóstico no presenta dificultad: generalmente el enfermo ha visto la culebra que le ha mordido: á veces se observa los dientes del reptil en la herida. El número de picaduras (es dos por lo comun), su disposicion, su intervalo, el conjunto y curso de los síntomas pondrán con facilidad en via; pero cuando la poca edad del sugeto mordido, el estado de sueño ó de embriaguez no le haya permitido reconocer el objeto de su herida, será posible al principio confundir las heridas superficiales del *hierro de lanza* con las mordeduras hechas por ciertos arácnidos, sobre todo por los *escolopendras*. El doctor Encognere presenta el siguiente cuadro para facilitar el diagnóstico entre estas dos clases de heridas.

SIGNOS SUMINISTRADOS POR LA MORDEDURA DE UNA CULEBRA PEQUEÑA.	SIGNOS DE LA PICADURA DE UNA ESCOLOPENDRA (vulg *cien piés*).
En general dos pequeñas heridas hechas con los ganchos; dolor muy vivo; despues tumefaccion (sin embargo, el dolor puede ser nulo); tumefaccion rápida, sin calor en la piel; círculo lívido en contorno de la mordedura; á veces insensibilidad y enfriamiento de todo el miembro; por lo comun poca fiebre, postracion, sopor.	En general dos pequeñas heridas hechas por las patas mandíbulas; dolor muy fuerte, prurito desagradable (nunca pasa desapercibido el dolor); infarto menos marcado, con calor intenso de la piel; círculo rojo inflamatorio alrededor de la picadura; generalmente hiperestesia y elevacion de la temperatura en todo el miembro; fiebre intensa en los niños, fenómenos de excitacion y á veces convulsiones.

(1) Ruzf, *Enquête sur le serpent*. Saint-Pierre-Matinique, 1845; *Recherches sur les empoisonnements pratiqués par les nègres à la Martinique (Annales d'hygiène*, t. XXXII, p. 382.

Pronóstico.—La mordedura del trigonocéfalo debe siempre considerarse como un accidente grave. Tanto mas gruesas sean las culebras tanto mas temibles deben ser sus mordeduras. La profundidad de la herida, su número, la edad del herido, su constitucion, el estado de salud anterior, son otros tantos elementos que sirven para establecer el pronóstico. Se pretende en las Antillas que los grandes bebedores de coñac tienen mas probabilidades de curacion (?).

§ IV.—Tratamiento.

El doctor Rufz ha expuesto diversos medios empleados por los curanderos de las Antillas. Casi todos tienen por base el aguardiente de azúcar, al que se añade el zumo de ciertas plantas. Creemos con Encongnere que en estos casos la accion curativa depende del aguardiente. Conviene sustituir las prácticas empíricas, por el método siguiente, que es el de Rufz, ligeramente modificado por Encognere.

Primer período. La ponzoña no ha producido aun mas que fenómenos locales.

Aplíquese inmediatamente sobre la mordedura una ligadura (1) por encima de la herida; agrándese la mordedura con incisiones convenientes llegando hasta su fondo, lávense con mucha agua y fricciónense con zumo de limon; aplíquense ventosas que ejerzan succion; cauterízense con el primer objeto de hierro enrojecido al blanco. El éxito depende principalmente de la prontitud.

Se deben administrar al interior bebidas estimulantes (vino caliente azucarado, infusion de menta, de hojas de naranjo alcoholizadas, sangría de vino de Madera).

Téngase al enfermo en la cama bien caliente y rodeado de algodon en rama el miembro herido.

Segundo período. La ponzaña se ha absorbido.—Desde que se manifiesta la reaccion se suspenden las bebidas estimulantes y se reemplazan por bebidas calientes, antiespasmódicas, se favorece la traspiracion y se administran algunas dósis de ipecacuana. Si hay enfriamiento general y sudores viscosos, se recurre á la quina en extracto á la dosis de 4 á 6 gramos en 150 de vino de Madera.

Tercer período. Accidentes consecutivos.—En los casos de abscesos, de inminencia de esfacelo obrar enérgicamente con incisiones atrevidas como en los casos de flemon difuso. Alimentacion tónica, insistir en el uso del vino generoso. Tratamiento de la neurosis y de las parálisis segun las indicaciones.

(1) Debe recomendarse á las personas extrañas á la medicina que deban aplicar esta ligadura, que no la hagan tan apretada que interrumpa la circulacion profunda del miembro; es necesario escoger un punto en que este no sea muy delgado; la ligadura debe quitarse despues de verificada la cauterizacion, pues solo tiene por objeto retardar la absorcion de la ponzoña.

2.° ACCIDENTES PRODUCIDOS POR LA MORDEDURA DE LA VÍVORA.

Son, en cuanto á la intensidad, exactamente los mismos que los que determina la mordedura del *hierro de lanza*, como lo demuestra el siguiente cuadro: *dolores* generalmente vivos en todo el miembro herido; *rubicundez*, *tumefaccion* alrededor de las dos mordeduras, que solo se separan por algunos milímetros; *infarto pastoso* luciente, rojo, lívido, á veces cubierto de flictenas. Despues vienen los síntomas generales; *dolor*, *pesadez de cabeza*, malestar, *ansiedad*, náuseas y *vómitos biliosos*, lipotimias, *tinte ictérico*, síncopes, *sudores viscosos*, *enfriamiento*, *soñolencia*, *lentitud en el pulso*. Al cabo de dos ó tres dias mas ó menos, disminuyen los síntomas, se establece una traspiracion de buena naturaleza y puede verificarse la curacion. En algunos casos, la muerte es consecutiva á la aparicion de los fenómenos precedentes. Despues de la mordedura de la vívora sobrevienen flemones muy graves, seguidos de gangrena, supuraciones persistentes que determinan parálisis ó atrofia del miembro; cuando no, determinan la amputacion ó la muerte.

Las diversas consideraciones hechas con motivo de la mordedura del *trigonocéfalo* son aplicables á la *vívora*, teniendo en cuenta la menor gravedad en este caso. El tratamiento debe ser exactamente el mismo.

ARTÍCULO II.

MORDEDURAS DE ARÁCNIDOS É INSECTOS VENENOSOS.

1.° Los *arácnidos* comprenden numerosas especies dotadas de propiedades venenosas mas ó menos activas. En primera línea pondremos los *escorpiones*, cuya picadura en la escala de la gravedad puede ponerse inmediatamente despues de la mordedura de la vívora. El instrumento vulnerante de los escorpiones, ocupa la última pieza de la cola y se compone de un abultamiento y de un dardo. Su ponzoña es blanca y viscosa, y se parece á una solucion de goma; segun E. Blanchard, tiene en suspension gránulos irregulares, es muy ácida y su presencia en los tejidos produce dolor intenso, y obra con energía tanto en los animales de sangre fria como en los vertebrados, lo que no sucede con el veneno de las culebras. Las especies de Europa no producen en el hombre sino fenómenos de escasa gravedad, pero la picadura del escorpion grande del Norte de Africa (*Andronectus funestus*) puede producir la muerte. Guyon (1) ha reunido 11 casos funestos; en estos habia 4 hombres, de ellos tres

(1) Guyon, *Comptes rendus de l'Académie de sciences*. Sesion del 26 de Setiembre de 1864.

adolescentes, 4 mujeres jóvenes y 3 niños varones. Los niños, quizá en razon de su menor tamaño y su mayor sensibilidad, presentan mas casos de muerte; despues les siguen las mujeres, que se aproximan á aquellos por ambas razones. Entre los adultos, los que presentan mas casos de muerte son los heridos en la cabeza, y en este caso puede considerarse la muerte, mas bien que dependiendo de una accion general de la ponzoña, de una extension al cerebro de la tumefaccion é inflamacion local, á la que da lugar por lo general la picadura. (Guyon.)

Las grandes especies de escorpiones de las comarcas tropicales son por lo general peligrosas y puede afirmarse que sus picaduras son tanto mas temibles, cuanto los animales son mayores, de mas edad y habitan en un clima mas cálido.

Los síntomas consisten en dolor local muy vivo, tumefaccion edematosa de la region picada, despues vienen los vómitos, los accidentes nerviosos, la fiebre con frecuencia acompañada de delirio y los fenómenos atáxicos y adinámicos.

Hasta que tengamos datos suficientes sobre la accion de la ponzoña del escorpion y de los arácnidos en general, solo podemos recomendar la aplicacion del mismo tratamiento que para las mordeduras de culebras. Se podria, en vez de cauterizar la herida con hierro candente, limitarse al empleo de una solucion concentrada de percloruro de hierro en aplicaciones tópicas y en la administracion al interior de 15 á 20 gotas de esta solucion en un vaso de agua.

Las *arañas* tienen por aparato de su ponzoña dos antenas, pinzas ó bocados provistos de glándulas situadas en su base. Muchas especies de las comarcas meridionales de Europa pueden determinar solo en los niños y en las mujeres, primero un dolor local intenso, tumefaccion y á veces flictena. Rara vez sobrevienen síntomas generales. Se designan como especialmente ponzoñosas las *malmiñales* y las *tarántulas (Lycose,* lat.) Aparte de la intensidad de los fenómenos que hemos enumerado, la ponzoña de las tarántulas no produce nada de particular que pueda legitimar las fábulas que se han repetido por autores formales.

En las comarcas intertropicales se consideran ciertas especies como muy funestas; mencionaremos la *araña naranja* (1). *Latrodectus malmignatus* de Curacao, la *Menovouda* de Madagascar y una especie *micromata* de Nueva-Caledonia, etc.

El tratamiento es el mismo que para la picadura del escorpion.

2.° Las *escolopendras* (vulgarmente *mil piés* ó *cien piés*) del órden de los *miriápodos* y de la familia de los *chilópodos* tienen un aparato especial para la ponzoña en un par de piés *mandíbulas* (*forcípulos*). La glándula está alojada en su base, las *mandíbulas* están terminadas por un gancho movible, fuerte y puntiagudo con un pe-

(1) Voy. *Archives de médecine navale*, t. II, p. 507.

queño orificio en su extremidad. Como los arácnidos, producen dos picaduras laterales y vierten en cada una una gota de ponzoña. Las picaduras de los cien piés de nuestras comarcas, no son peligrosas, pero las de las grandes especies, como la *escolopendra morsitans* (Antillas, Guinea) producen una tumefaccion erisipelatosa con sensacion de quemadura, fenómenos generales mas ó menos intensos segun la edad y grado de sensibilidad de los sugetos.

En los casos de picadura de *cien piés* se recurrirá á los mismos medios que para la picadura del escorpion. Se insistirá en las bebidas diaforéticas y antiespasmódicas si se manifiestan fenómenos generales.

3.° *Himenópteros* ponzoñosos son las *abejas*, *zánganos*, *avispas*. El aparato ponzoñoso se compone de *glándulas* y de *aguijon*. La naturaleza de la ponzoña de estos insectos no se conoce mejor que la de la escolopendra, solo se sabe que se coagula pronto en contacto del aire, que tiene sabor estíptico y que ni enrojece ni pone verdes los colores azules vegetales. Los accidentes de la picadura de los himenópteros se reducen á dolor agudo, pero pasajero, á veces tumefaccion papulosa en el punto picado, erisipelas y aun flemones pueden sobrevenir. Los accidentes se producen sobre todo cuando las picaduras son numerosas y el aguijon permanece en la herida. Se han citado casos de muerte en los niños á consecuencia de picaduras repetidas ó que bebiendo se han tragado el insecto; la picadura que hace en la faringe puede determinar fenómenos muy graves de sofocacion.

El tratamiento consiste en encontrar el aguijon y extraerle, si queda en la pequeña herida, teniendo cuidado de no comprimir la vesícula, es menester sacarle con una aguja. Se harán localmente aplicaciones de agua fria, de agua amoniacal, de linimento óleo-calcáreo, pero sobre todo de una solucion de percloruro de hierro.

4.° Los *cínifes*, los *mosquitos*, que pertenecen á la órden de los dípteros, se convierten en ciertas épocas y en las comarcas húmedas; es un tormento para el hombre. Las picaduras que producen por medio de un aparato bucal especial son muy dolorosas. La pápula que resulta es asiento de una comezon insoportable que excita á rascarse. La excoriacion que á veces se produce, puede en los paises cálidos hacerse punto de partida de ulceraciones muy rebeldes. Solo podemos respecto al tratamiento referirnos á los párrafos precedentes.

CAPÍTULO II.

Intoxicacion por inoculacion de virus animales.

Aunque existen casos en que las enfermedades que vamos á describir, parecen no haber sido comunicadas, en la inmensa mayoría

de los casos son resultado de inoculacion, de modo que no hemos dudado en hacer abstraccion de aquellos y reunirlos en un grupo en razon de su manera comun de producirse.

ARTÍCULO PRIMERO.

MUERMO. LAMPARONES.

Los motivos que hasta ahora ha habido para describir separadamente como enfermedades diversas el *muermo* y los *lamparones*, que provienen evidentemente de su mismo vírus no nos han parecido suficientes para seguir la misma marcha. Y nos parece mas práctico, mas conforme con la observacion, estudiar en un mismo capítulo los accidentes producidos por el *vírus* que llamaremos mono-muermoso no teniendo en cuenta mas que la marcha aguda ó crónica de los accidentes. La exposicion que vamos á hacer de los síntomas justificará en nuestra opinion esta innovacion.

1.° MUERMO AGUDO.

Solo desde principio de este siglo se ha estudiado bien esta enfermedad. Segun Ricord (1) y Beau (2), la epidemia que en el siglo XV reinó en el sitio de Nápoles, fué una mezcla de los antiguos males venéreos con el muermo. Este autor se ha fundado en un pasaje de Lafosse sobre el muermo de los caballos; pero á Waldinger es á quien se atribuye la primera observacion de la trasmision del muermo del caballo al hombre (1810). En 1812, Lorin (3) publicó un hecho que probó la exactitud de esta asercion, y desde entonces hasta 1833 se refirieron cierto número de observaciones tanto en Alemania como en Italia é Inglaterra que no dejan la menor duda tocante á este punto. En 1833 se publicó la Memoria del doctor Elliotson (4) que dió á conocer cuatro casos de muermo agudo; despues se publicaron otras observaciones, y por último, en 1837 Rayer (5) trazó una descripcion detallada de esta afeccion. Desde entonces no se pasó ningun año sin que se hayan presentado en los hospitales hechos semejantes, y hemos visto publicarse sobre este asunto gran número de trabajos entre los cuales citaremos los de Vi-

(1) Ricord, *Lettre sur la syphilis*. Paris, 1856.
(2) Beau, *Documents historiques sur l'opinion de M. Ricord qui rattache l'épidémie du XV siècle à la morve (Union médicale*, 15 Junio de 1850).
(3) Louis, *Journal de méd. chir. et pharmacie*.
(4) Elliotson, *On the glonders in the human sub.* (*Med.-chir. Transact.*, London, 1833, t. XVI p. 171).
(5) Rayer, *De la morve et du farcin chez l'homme*. Paris, 1837, in-4, avec fig.

gla (1), Monneret, Landouzy y otros que mencionaremos en el discurso de este artículo.

La forma aguda es la que se presenta en el hombre con mas frecuencia á la observacion, y cuyos síntomas son mas violentos.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *muermo agudo* á una afeccion febril, virulenta que jamás se declara expontáneamente en el hombre, pero que se trasmite del caballo al hombre, y de este á su semejante por inoculacion, y segun algunos autores, por infeccion. Un caso citado por Teissier (de Lyon), y que mencionaremos mas adelante, parece probar que se puede desarrollar *expontáneamente* en el hombre.

Esta afeccion está caracterizada por una secrecion particular de las narices, á la que se le ha dado el nombre de *destilacion narítica*, y por alteraciones especiales de la piel y del tejido celular.

Esta enfermedad ha sido descrita bajo los nombres de *Lamparones*, *enfermedad granulosa*, tomados de la patologia de los animales.

§ II.—Causas.

Esta enfermedad no puede trasmitirse sino por *contagio*. El contagio se produce, ya por *infeccion*, ya por *inoculacion*. De todas las *causas predisponentes* que se han citado, no hay ninguna que merezca indicarse aquí. La infeccion se verifica casi siempre del caballo al hombre; los palafreneros, los carreteros, los que duermen en las cuadras y están largo tiempo en contacto con los caballos, se hallan mas expuestos á contraerle; pero algunas veces se le ha visto presentarse en sugetos que habian permanecido muy poco tiempo cerca de los caballos enfermos.

Se han citado algunos casos de *infeccion trasmitida de hombre á hombre* en sugetos que habian asistido á los enfermos; el que ha referido A. Bérard (2) era el mas notable. Sin embargo, el alumno que habia contraido el muermo, habia hecho las curas al enfermo y ayudado activamente á la autopsia; de suerte que aun en este caso, se puede preguntar sino hubo inoculacion.

El contagio por inoculacion es el mas frecuente; basta una simple *desolladura* en sugetos que cuidan los caballos para que se introduzca el vírus en la economía. El doctor Carnevale Arella (3), ha referido un caso de muermo bien caracterizado observado en un hom-

(1) Vigla, thése, Paris, 1839.
(2) A. Bérard, *Bulletin de l'Académie de médecine*, Noviembre 1841, t. VII, página 182.
(3) Carnevale Arella, *Giornale delle scienze med. di Torino*, t. XXIX.

bre que habia recibido en la cara una cantidad del líquido arrojado por las narices de un caballo. Mackenzie (1) refiere un caso semejante. Se han citado casos en los que la *accion de beber en el mismo cubo que los caballos enfermos*, ha producido el muermo; en un caso fué un mordisco en la mejilla; por último, de algunos hechos referidos por Hamon (2), y en los que se ve declararse el muermo en animales carnívoros que se alimentaban de caballos muermosos se ha deducido que la carne de caballo con muermo podria producir esta enfermedad en el hombre.

Duclós (3) ha citado un caso muy interesante de muermo agudo en una mujer que jamás habia estado en contacto con caballos, pero que se habia *ocupado en desenredar las crines que se tuercen en los mataderos de caballos*. Sin duda á esta circunstancia, es á la que se debió el desarrollo de la enfermedad.

A veces es imposible remontarse á la causa ocasional, así Teissier de Lyon (4) ha recogido una observacion de este género en una mujer, trabajadora en seda, y que no tenia ningun contacto directo ni indirecto ni con caballos ni con atacados de esta enfermedad. Todo haria suponer que este caso era de muermo expontáneo; el pus fué inoculado á un caballo que sucumbió á los diez dias.

§ III.—Síntomas.

Como en todas las enfermedades desarrolladas por contagio, hay en el muermo agudo un período de *incubacion*. Este período tiene una duracion que no está bien conocida. Segun algunos autores, cuando la enfermedad se trasmite por infeccion, puede prolongarse durante una ó dos semanas y mas; en los casos en que se desarrolla á consecuencia de la inoculacion, varía de veinticuatro ó treinta y seis horas á tres ó cuatro dias.

Invasion.—La invasion es diferente, segun que la enfermedad se ha desarrollado por infeccion ó por inoculacion. *En el primer caso*, hay malestar, un quebrantamiento de miembros mas ó menos marcado, un escalofrio intenso y prolongado, ó bien escalofrios vagos, una gran postracion, y á veces náuseas y vómitos, diarrea y una cefalalgia ordinariamente violenta.

Cuando la enfermedad es el resultado de la inoculacion, se ven casi siempre sobrevenir, durante algunos dias, los síntomas locales siguientes: rubicundez, tension, dolor, aspecto erisipelatoso del punto en que se ha aplicado el vírus, y de los puntos inmediatos; si existiese una herida, los bordes están pálidos y fungosos, el pus es

(1) Mackenzie, *London Journ. of med.*, Setiembre 1851.
(2) Hamon, *Bulletin de l'Académie de médecine*, Junio 1839, t. III, p. 990.
(3) Duclos, *Journal de médecine*, 1846.
(4) Teissier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 de Julio 1852, t. XVII, página 878.

[illegible]

[illegible] en la cara, al nivel de las articulaciones, hacia el cráneo, en la axila, etc.

Algunas veces estos abscesos son sumamente numerosos y ocupan no solo el tejido celular, sino tambien el espesor de los músculos, y aun se presentan en las regiones mas diversas del cuerpo, principalmente en las pantorrillas: el pus que contienen es de mala naturaleza, seroso y fétido, y presenta á veces porciones gangrenosas.

Algunas veces aparecen en diversas partes del cuerpo *pústulas de diferentes formas.* Empiezan por pequeñas manchas rojas, seguidas de una pápula blanquecina, y poco despues de la formacion

Arch. gén. de méd. 1830.

del pus. Estas pústulas están rodeadas de una areola de color de rosa, y á veces están situadas en una tumefaccion roja del dermis, semejante á una placa urticaria; unas son puntiagudas, y las otras aplastadas; algunas veces una gruesa pústula está rodeada de un número mas ó menos considerable de otras mas pequeñas. El pus que contiene es amarillento, y á veces, cierta cantidad de sangre que se mezcla con él, da á la pústula un aspecto amoratado.

Estas pústulas ocupan principalmente la cara; pero algunas veces se las ve gran número en el tronco y miembros, y la enfermedad pudiera entonces simular ciertas viruelas; algunas veces son casi confluentes.

En ciertos puntos no son simples pústulas, sino mas bien *flictenas* ó *ampollas*, de una extension variable, llenas de un líquido sanguinolento y negruzco; en algunos casos, se han visto aparecer ciertas especies de tubérculos rojizos semejantes á los llamados *lunares* y que se dislaceran muy pronto.

Al mismo tiempo se presentan escaras *gangrenosas* en los puntos ocupados por inflamacion erisipelatosa, ó sobre otras partes de la piel, ó tambien en mucosas ó en superficies denudadas por vejigatorios, que son tambien síntomas comunes de la enfermedad. Algunas veces invade la gangrena una gran extension de los tejidos.

No tardan en agregarse á los síntomas locales *úlceras* que ocupan ya la base de las pústulas, y lo que es mas frecuente, las superficies mucosas, y principalmente las fosas nasales, el velo del paladar y la faringe.

Una sensacion de plenitud, algunas veces de calor y de un ligero dolor, anuncian la *coriza* especial que se encuentra en esta enfermedad; bien pronto se aumenta la sensacion de obstruccion, y se ve fluir por las dos ventanas de la nariz, algunas veces por una sola, un líquido, primero blanquecino y viscoso mezclado con algunas estrías de sangre, despues purulento y amarillento, y á esto es lo que se llama *destilacion narítica*. Al mismo tiempo se dificulta el paso del aire por las fosas nasales. Algunas veces las úlceras y las escaras que producen este flujo destruyen profundamente los tejidos, y se ha visto completamente perforado el tabique de la nariz.

En la *boca* se encuentran úlceras y gangrenas semejantes, con hinchazon de los tejidos, y un flujo análogo al de las fosas nasales. En la faringe se observan síntomas de la misma especie, y se advierte la tumefaccion de los gánglios submaxilares. La *lengua*, cuando la enfermedad es intensa, está algunas veces retraida, dura, como en las calenturas graves, y presenta algunas pústulas; al principio, por el contrario, permanece blanda y no ofrece sino una ligera capa.

El *apetito* está completamente perdido, la *sed* es muy viva y los *vómitos* son muy raros. El *vientre*, que al principio es normal, se pone en algunos casos meteorizado, y mas ó menos doloroso á la presion. Ordinariamente existe al principio *estreñimiento*, pero hácia

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las principales *lesiones anatómicas* observadas en el vivo son las pústulas, las ampollas, los tubérculos, las úlceras indicadas anteriormente, el engrosamiento y la supuracion del dérmis; los abscesos del tejido celular y de los músculos, abscesos con frecuencia numerosos, que pueden ocupar casi todas las partes del cuerpo, y que ordinariamente contienen un pus de mala naturaleza; vestigios de inflamacion de las articulaciones, la denudacion, el reblandecimiento y la cáries de los huesos; la inyeccion de la mucosa pituitaria, su engrosamiento, su reblandecimiento y equímosis en su espesor, escaras gangrenosas, pústulas, úlceras y la destruccion de los tejidos; los vestigios de las lesiones observadas en la boca y alteraciones semejantes en la epiglotis y en la faringe, equímosis en la superficie de los pulmones, manchas apopletiformes, tumores formados por una sustancia amarilla lardácea, abscesos parenquimatosos, el tejido que rodea los pulmones sanos, un estado de congestion ó reblandecido, algunas veces úlceras en el intestino grueso (Landouzy), y frecuentemente la congestion, el reblandecimiento y el aumento de volúmen del bazo. Burgieres y Vigla han encontrado muchas veces una inflamacion manifiesta de algunas venas. La sangre está tan pronto coagulada como líquida; en un caso Nonat y Bouley han creido encontrar en ellas glóbulos purulentos; los gánglios linfáticos, afectados durante la vida, están hinchados, blandos y rojizos; algunas veces presentan puntos purulentos. Las demás lesiones indicadas por los autores nada tienen de constante.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Las pústulas, las flictenas, la coriza particular, la erisipela y los dolores articulares bastan para distinguir esta enfermedad de la *fiebre tifoidea.*

Una *erisipela de la cara* que no ocupase al principio mas que un solo lado con flujo nasal mas ó menos abundante, pudiera tomarse equivocadamente por un caso de muermo agudo, sobre todo si, como en un caso que hemos visto recientemente, habia al mismo tiempo una angina violenta y síntomas febriles intensos; pero la falta de las pústulas, de las ampollas y de los tubérculos en otras partes del cuerpo que las que ocupa la erisipela, y tambien la falta de dolores articulares y de las escaras gangrenosas, harán evitar el error.

Los mismos signos han servido á Vigla para distinguir de la enfermedad que nos ocupa una *flebitis de la cara* con inflamacion de la órbita y de las fosas nasales. La falta de erupciones cutáneas y de lesiones de las fosas nasales no permite confundir el muermo agudo con la *reabsorcion purulenta.* En cuanto á las demás enfermedades

mencionadas por algunos autores, no es necesario mencionarlas aquí, porque es imposible el error.

El *pronóstico* es grave, puesto que hasta el presente la enfermedad se ha terminado siempre por la muerte.

§ VII.—Tratamiento.

Se han usado alternativamente los vomitivos, los purgantes, los sudoríficos, los tónicos de todas especies, los narcóticos, los antiespasmódicos, y que se ha aconsejado el mercurio á altas dósis, igualmente que el sulfato de quinina á dósis creciente.

En el caso referido por Carnevale Arella, el tratamiento consistió en *cinco sangrías en tres dias*, en *cataplasmas emolientes* alrededor del cuello, en *emolientes aceitosos* interiormente, y en algunos *narcóticos*.

En el caso referido por Mackenzie prescribió inmediatamente 2 gramos de hipecacuana, y despues del vómito 25 gramos por hora de sesquicarbonato de amoniaco disuelto en la menor cantidad de agua posible, gargarismos con cloruro de cal, alimentacion sustanciosa, agua vinosa, opiados por la tarde. El enfermo salió del hospital á los diez dias de tratamiento.

Todavía contamos con pocos casos que puedan esclarecer el tratamiento del muermo, y deben recogerse con cuidado todos cuyo conocimiento pueda dar luz sobre la cuestion. Boinet (1) y Thomspon (2) curaron al cabo de siete semanas un caballo atacado de muermo, al que administraron tres ó cuatro veces al dia 150 gotas de tintura de iodo disuelta en agua, elevando la dósis á 500 y 600 gotas.

El doctor Luedicke ha publicado en 1842 (3) una observacion recogida en Prusia, que dejaba alguna esperanza de detener el curso de la afeccion muermosa en el hombre con la administracion del ioduro potásico.

En 1843 Payen obtuvo un éxito por el mismo tratamiento. Veremos al tratar del muermo crónico que el iodo parece presentar hasta ahora el recurso menos precario.

2.° MUERMO CRÓNICO.

Es raro que en la forma crónica las lesiones se presenten únicamente y de un modo primitivo en las fosas nasales. Casi siempre la enfermedad invade la economía entera, y se ha acordado dar á esta forma el nombre de *muermo lamparónico*.

Tomaremos de Tardieu (4) la descripcion siguiente.

(1) Boinet, *Iodothérapie*, 2.ª edicion, Paris, 1866, p. 1035 y siguientes.
(2) Thompson, *The Lancet*, Londres.
(3) Luedicke, *Journal des connaissances méd.-chir.*, 2.ª parte, t. X, p. 102.
(4) Ambroise, *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*. Paris, 1843.

I.—Definicion y frecuencia.

El *muermo crónico* es una afeccion contagiosa, caracterizada principalmente por ulceraciones particulares de las fosas nasales y de las vias aéreas, dolores articulares y musculares y síntomas de caquexia. Esta enfermedad es *rara* en el hombre.

§ II.—Causas.

La única *causa* del muermo crónico es la trasmision del muermo ó de los lamparones de los solípedos al hombre.

§ III.—Síntomas.

Casi siempre los síntomas y las alteraciones de las fosas nasales solo sobrevienen algun tiempo despues de los fenómenos morbosos generales. El enfermo, despues de haber sentido malestar, fatiga y debilidad, dolores muy vivos en los miembros y en las articulaciones, y algunas veces una *pleurodimia* excesivamente dolorosa, es atacado sucesivamente ó al mismo tiempo de tos y de mal de garganta, y despues de un romadizo muy incómodo.

Síntomas de la enfermedad confirmada.—«En ambos casos, dice Tardieu, el dolor de garganta ó la tos aparecen ordinariamente antes que la incomodidad de las fosas nasales. Se siente un *dolor en la tráquea*, y hay una especie de extrangulacion; la *voz* se altera, y aun puede extinguirse. Por lo demás, este síntoma desaparece al cabo de cierto tiempo. La *tos* se acompaña de disnea y de una *expectoracion* mas ó menos abundante, que falta muchas veces. Estos trastornos de las vias respiratorias no están siempre limitados así, sino que pueden sobrevenir en el curso del muermo crónico una verdadera bronquitis capilar, y hasta una pulmonía, y dar lugar á fenómenos reaccionales bastante agudos. El enfermo se queja bien pronto de un *romadizo*, lo que es fácil conocer por sus resoplidos contínuos; las *fosas nasales* parecen como tapadas, y dan difícilmente paso al aire; esta obstruccion es muchas veces el *único signo* que existe; es raro que á él se agregue dolor; sin embargo, algunos enfermos indican un dolor sordo y profundo en la raíz de la nariz, entre los dos ojos, y que se extiende hasta los senos. Los enfermos, al sonarse, arrojan de cuando en cuando sangre, que sale en coágulos; algunas veces hay costras, que se desprenden difícilmente, ó bien simplemente un moco puriforme agrisado, cuya cantidad puede llegar á constituir, en casos muy raros, una verdadera *destilacion narítica*. Examinando entonces las fosas nasales, se notan algunas *ulceraciones*, cuyo desarrollo se puede seguir, ó introduciendo un estilete se perciben desigualdades y aun una *perforacion del tabique*. El mismo exámen puede hacer re-

conocer en la cavidad bucal la existencia, ya en la bóveda palatina, ya en el fondo de la faringe, de úlceras que solo se pueden sospechar en la faringe y en la tráquea. La auscultacion y la percusion no dan siempre signos bien positivos, aun cuando haya tos; pero en el caso de bronquitis y de pulmonía, los que estos medios de exploracion suministran tienen todo su valor ordinario. Es sumamente raro que se observe el infarto de los gánglios submaxilares; la piel no presenta ninguna erupcion; pero se han visto algunas veces sobrevenir *edemas*, principalmente en los piés y en la parte inferior de las piernas. A este conjunto de accidentes especiales viene á agregarse el conjunto de síntomas generales, que se encuentran igualmente en los lamparones. Tales son los *dolores articulares y musculares*, la *diarrea*, las *náuseas*, la *fiebre* con sus escalofrios y sus accesiones irregulares, los *sudores* que alternan con la *sequedad de la piel*, el tinte amarillo y térreo, el enflaquecimiento, la debilidad, el insomnio y todos los demás signos de una profunda *caquexia*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* del muermo crónico es lento y contínuo; la *duracion* es de muchos meses, y aun cuando la enfermedad no se acompañe de lamparones, puede prolongarse muchos años (cinco ó seis). La *terminacion* es la muerte, y solo hay un caso poco concluyente debido al doctor Elliotson que pudiera hacer creer que es posible la curacion. La muerte sobreviene ordinariamente con lentitud y marasmo; solo en algunos casos se trasforma la afeccion en muermo agudo, prontamente mortal. (Vigla, Tardieu.)

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las *lesiones anatómicas* principales son la hinchazon, el engrosamiento considerable de la pituitaria, su color amoratado, abscesos submucosos, úlceras profundas, que algunas veces destruyen los cartílagos y los huesos y que perforaban el tabique, úlceras semejantes en la bóveda palatina, en la base de la lengua, en la faringe, en la laringe, en la tráquea y aun en los bronquios. En estos últimos las úlceras ordinariamente son muy extensas. Se encuentran tambien en la tráquea cicatrices irregulares, embridadas y que ponen deforme á todo el órgano; algunas veces se ven hinchados y supurados los gánglios bronquiales. En los pulmones se pueden presentar equímosis y puntos purulentos. Por último, en el muermo con lamparones se ven en diferentes partes del cuerpo debajo de la piel, en los músculos y en los gánglios *abscesos* que existen con frecuencia con cáries y necrosis de los huesos.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Apenas conocemos mas que la *sífilis constitucional* que pueda confundirse con el muermo crónico. La forma de las úlceras con bordes cortados perpendicularmente, la prontitud con que se destruyen los huesos de la nariz, la naturaleza fagedénica de las úlceras faríngeas, y la fetidez del flujo purulento en la sífilis, son los principales puntos en que se fundará el *diagnóstico*, si llegasen á faltar otras circunstancias, tales como la existencia de la sifílides y los antecedentes. El *pronóstico* es grave.

§ VII.—Tratamiento.

Se ha aconsejado el iodo, el ioduro de potasio, el mercurio, las aguas sulfurosas y los tónicos: la *cauterizacion de las úlceras*, las *inyecciones iodadas* ó tónicas en los abscesos, la inyeccion de la creosota en las fosas nasales con dos gotas por dos gramos de agua, y principalmente las buenas condiciones higiénicas.

Cazin prescribió el siguiente plan curativo en un caso de muermo crónico (1):

1.° Friccion sobre todo el cuerpo con una franela mojada en agua de jabon templada y en aguardiente alcanforado á partes iguales.

2.° Tomar cada tarde dos bolos compuestos, segun la fórmula siguiente: áloes, 4 gramos; sulfato de quinina, 1 gramo y medio; extracto de beleño, 1 gramo; nebrina, 9 gramos; mézclese y divídanse en 30 bolos.

3.° Una cucharada de las de café por la mañana, al medio dia, y por la noche de la disolucion siguiente: ioduro potásico, 12 gramos, y agua destilada 180.

4.° Infusion de lúpulo, mezclada con un poco de vino de Burdeos, para bebida.

5.° Curacion de las úlceras con planchuela cargada de ungüento napolitano y fricciones diarias con el mismo ungüento sobre las partes tumefactas. Lociones en cada cura con agua de Javelle diluida en agua templada.

6.° Régimen analéptico proporcionado al apetito y fuerzas digestivas. Buena aereacion.

El doctor Hipólito Bourdon ha publicado una observacion de un caso de muermo crónico en un jóven de veinticinco años, que se curó con el *ioduro de azufre* (2).

Extracto de acónito.—Decaisne refiere (3) en los *Archives de mé-*

(1) Cazin, *Bulletin de thérapeutique*, t. LI; p, 38.
(2) Hipp. Bourdon, *Morve farcineuse chronique terminée par la guérison* (*Mémoires l'Académie impériale de medecine*, Paris, 1861, t. XXV, p. 297).
(3) Decaisne, *Union médicale*, 25 Noviembre 1852.

decine belge dos casos que manifiestan la utilidad del extracto de acónito administrado á dósis sucesivamente crecientes de 5 decígramos á 75 centígramos.

Hamoir (1) cita tambien dos observaciones en las que el medicamento produjo rápidamente la curacion. Este medio merece someterse á nuevas observaciones.

Apenas es necesario indicar las precauciones *profilácticas* que deben tomarse. Las principales son no tocar á los caballos que padecen muermo ó lamparones con los dedos desollados, y no dormir en las cuadras.

ARTÍCULO II.

RABIA.

No se ha anotado en la historia la época en que la rabia hizo su primera aparicion. Se cree que esta enfermedad no fué desconocida de los griegos, pero el hecho no es muy cierto. Desde Cælius Aurelianus, no hay Tratado de cirujía que no la haya dedicado un artículo. Entre las obras mas notables de los tiempos modernos citaremos las de Enaux y Chaussier (2), y entre los mas interesantes documentos, los informes del comité consultivo de higiene pública sobre los casos observados en Francia durante los años 1850 á 1858, 1859 á 1862 (3), así como el importante informe que Bouley leyó en la Academia de medicina á nombre de la comision, de la que formaba parte Chevalier y Trébuchet (4).

§ I.—Definicion y sinonimia.

La *rabia* es una afeccion general producida por la comunicacion de un vírus que se desarrolla en ciertos animales, y está caracterizada por síntomas nerviosos especiales.

Esta afeccion se ha designado indistinta, pero equivocadamente con el nombre de *hidrofobia*, *hidrofobia rábica*, atendiendo á la aversion y horror por los líquidos, que no es un fenómeno constante aun en la rabia confirmada, y además el horror de los líquidos se presenta en el hombre enfermo en casos en que no ha habido inoculacion del vírus rábico.

(1) Hamoir, *Deux cas de farcin chronique traites par l'extrait d'aconit (Archives de méd. milit. belge*, y *Union médicale*, 10 Febrero 1853).

(2) Enaux y Chaussier, *Méthode de traiter la morsure des animaux et de la vipere*. Dijon, 1785.

(3) Ambroise Tardieu, *Annales d'hygiène publique*, 2.ª série, t. I, XIII y XV.

(4) Bouley, *Bulletin da l'Académie impériale de médecine*, y *Annales d'hygiène*, 2.ª série, t. XX, p. 168.

Se ha descrito esta afeccion con los nombres de *hidrofobia*, *hidrofobia rábida*, *tétano rabioso*, *rabia canina* y *lyssa canina*.

Segun Boudin, durante el período de 1854 á 1860, en toda Francia, el término medio de las defunciones producidas por la rabia fue de ciento sesenta y dos (1).

§ II.—Causas.

Una sola *causa produce la rabia, y es la introduccion del vírus rábido en la economía*. El vírus rábido se desarrolla en los animales de las especies *canis* y *felis*, tales como el perro, el lobo, la zorra y el gato; pero estos animales pueden trasmitir la rabia á todos los demás.

En un total de 319 casos de rabia comunicada al hombre (2), se ha reconocido que:

261	casos procedian de la mordedura	del perro.
31	—	del lobo.
14	—	del gato.
1	—	del zorro.
1	—	de la vaca.
11	no indicados.	
319	casos.	

Estas cifras demuestran que si la trasmision de la rabia por los animales de las especies caballar, lanar ó bovina, es mucho mas rara; no es, sin embargo, imposible.

La rabia es debida á un *vírus* conocido solo por sus efectos, y que reside en la baba, pues los demás líquidos de la economía no parecen susceptibles de trasmitir la enfermedad.

Para producir la rabia, *debe ser inoculado el vírus*; los hechos citados para probar que la enfermedad se ha comunicado por besos, contactos, etc., no son concluyentes.

El doctor Putegnas de Luneville (3) observó un caso de rabia mortal comunicada á un niño por la mordedura de un perro que no estaba rabioso, sino solamente furioso. No se puede negar la exactitud de este hecho; pero ¿no era esta una de esas hidrofobias no rábidas causadas por el terror y de las cuales he citado ejemplos en otra parte (4)?

(1) Boudin, *Annales d'higiène*, 2.ª série, t. XXI, p. 200.

(2) *Rapport sur l'enquête concernant les cas de rage observés en France pendant les années* 1859 á 1862, por el doctor A. Tardieu (*Annales d'hygiène*, 2.ª série, 1863, t. XX, p. 455).

(3) Putégnat (de Lunéville), *Journal de méd. de Bruxelles*, y *Journal des conn. méd. chir.*, Marzo de 1845.

(4) Véase el artículo HIDROFOBIA.

§ III.—Síntomas.

La rabia es una enfermedad siempre idéntica, pues cierta variabilidad en los principales *síntomas* no basta para autorizar las divisiones que se han propuesto.

Uno de los puntos de investigacion sobre la rabia, dice Tardieu (1), que deberá fijarse con mas exactitud y utilidad, es sin disputa la *exacta duracion de la incubacion* de esta enfermedad que las teorías antiguas, fundadas en hechos mas observados. tienden á presentar como permanentemente amenazados á los desgraciados que una vez en su vida hayan sufrido una mordedura de supuesta virulencia. Los 77 casos en que durante los cuatro últimos años (1859 á 1862), unidos á los 147 casos precedentes reasumidos bajo este punto de vista dan un total de 234 casos, en que se ha fijado exactamente la duracion de la incubacion:

En menos de 1 mes..............	40	casos.
De 1 á 3 meses.................	1 3	—
De 3 á 6 meses.................	30	—
De 6 á 12 meses................	11	—
	224	casos.

Ya se habia notado cuánto puede descender esta duracion en los niños. Nuevos datos suministrados por la observacion de estos cuatro últimos años, vienen á confirmar plenamente este nuevo é interesante dato. En efecto:

En ocho niños de 2 á 13 años, la incubacion duró.	13 dias.
En un niño de 3 años á 3 años y medio...........	15
En un niño de 11 años y medio..................	19
En dos niños de 3 á 11 años y medio.............	20
En un niño de 13 años.........................	23
En un niño de 5 años..........................	25
En un niño de 11 años y medio..................	29
En un niño de 2 años y medio...................	30

No puede considerarse sin duda alguna como ley absoluta, porque hemos visto en otros casos en que en niños de dos á tres años, la incubacion fué de treinta, cuarenta ó mas dias. Pero en el caso mencionado existe la particularidad que no puede considerarse como insignificante y esclarece un punto de la historia patogénica de la rabia.

Prodromos.—Se han indicado entre los prodromos de la rabia ciertos fenómenos que se observan en la mordedura, tales como la

(1) Tardieu, *Rappor cité*, p. 457.

comezon, los dolores mas ó menos vivos, y aun algunas veces la abertura de la cicatriz ó simplemente la tumefaccion de sus bordes. Se han citado cierto número de hechos que prueban que estas aserciones no carecen de fundamento; pero seria preciso guardarse de creer que los fenómenos que se acaban de indicar se manifiestan constantemente; pues, por el contrario, resulta del estudio de los hechos bien observados, que no se verifican sino en el menor número de casos.

Los prodromos que se manifiestan las mas veces son: la inquietud, la tristeza, la cefalalgia, una agitacion mas ó menos considerable, las sacudidas espasmódicas, algunas pandiculaciones, los escalofrios, á veces las náuseas, los vómitos y el extreñimiento.

Síntomas de la enfermedad confirmada.—Uno de los síntomas principales de este período es el *horror á los líquidos*. Cuando se presenta un líquido al enfermo, experimenta suma ansiedad, una sensacion de constriccion en la garganta y de sofocacion; si llega á dominar esta aversion para beber algunas gotas, luego que llegan á la faringe, se hace extremada la constriccion de la garganta; la sufocacion se aumenta, la cara expresa el terror, el enfermo rechaza ó arroja el vaso, y muchas veces es acometido de convulsiones; lo mismo sucede cuando se ha ocultado al enfermo la vista del líquido.

En cierto número de casos, el horror á los líquidos es *completo*, es decir, que los enfermos no pueden beber de ningun líquido, cualquiera que sea; otras veces es *incompleto*, y entonces el enfermo puede beber sea vino, caldo ó cerveza, etc.; pero es notable que el agua inspira siempre horror, á no ser que se dé de una manera particular, como exprimiéndola con una miga de pan en la boca, y solamente en algunos casos particulares.

La *vista* es penosamente afectada por los cuerpos brillantes; el ver un espejo, un vaso ó un cuerpo metálico basta para causar á los enfermos una viva ansiedad y una sensacion de terror; tampoco puede soportarse una lúz viva. Los demás sentidos no están menos trastornados; así, pues, un ruido repentino é inesperado ocasiona convulsiones, el contacto de los cuerpos metálicos, una simple corriente de aire, ó la agitacion que produce una persona al pasar cerca de la cama, bastan para producir el mismo efecto.

Al mismo tiempo hay *gran exaltacion* en los enfermos; están muy animados, hablan bruscamente; las ideas son incoherentes, y muchos tienen *delirio* y *alucinaciones*. En algunos, el delirio es furioso, y estos son los que muerden ó quieren morder; pero esto no sucede sino en el menor número de casos; al contrario de las ideas vulgares, hay cierto número de sugetos que son sumamente afectuosos y que hablan sin cesar con enternecimiento; en una palabra, el delirio es muy variable. En ciertos hombres se ha visto declararse la *satiriasis*, y en ciertas mujeres la *ninfomania*.

Hácia el segundo ó tercer dia de la enfermedad, la *constriccion*

faringea se hace de cada vez mas fuerte, y entonces se ven presentarse esos fenómenos de *espuicion convulsiva* que dan á la enfermedad un aspecto tan particular. A cada instante los enfermos arrojan, con esfuerzos violentos como si sintiesen un obstáculo en la faringe, una *saliva*, una *baba* espumosa, que envian á veces muy lejos, y esto es lo que se ha llamado *baba rábida*. Solo durante el delirio es cuando los enfermos procuran escupir á las personas que los rodean.

Segun algunos autores, se encuentra en la cara inferior de la lengua algunas *vesículas*, á las que se ha dado el nombre de *lises*. Segun dice Magistel (1), tienen la forma y el tamaño de una lenteja, y un color blanco morenuzco. Marochetti las ha visto aparecer del tercero al noveno dia; pero los demás médicos que han hecho sus observaciones, ya en el hombre, ya en los animales, nada semejante han visto, de suerte que la existencia de esta lesion es muy dudosa.

En esta época la respiracion se entorpece de cada vez mas; hay una constriccion penosa y dolorosa en el epigástrio y en el pecho: muchos enfermos tienen *hipo*, todos una *sed* muy intensa, el *apetito* completamente perdido, y *extreñimiento;* las miradas son fijas y huraños, las pupilas están dilatadas y entonces es cuando vienen los accesos convulsivos, á que se ha dado el nombre de *accesos de rabia*.

Accesos de rabia.—Con intervalos mas ó menos largos, sea espontáneamente ó bajo la influencia de las causas enumeradas anteriormente (vista de un líquido, una corriente de aire, ruido repentino, etc.), recorre un *temblor* á todo el cuerpo; los músculos de los miembros, del tronco y de la cara están agitados de *movimientos convulsivos* por *sacudidas*, algunas veces las convulsiones son semejantes á las del tétanos, y algunas otras tambien los enfermos adquieren una fuerza extraordinaria, y rompen las ataduras que los sujetan. Estos accesos son cortos y van cada vez aproximándose mas hasta el fin de la enfermedad.

Por último, todos los síntomas se van agravando; la *opresion* es extremada, el *pulso* es pequeño, contraido y frecuente, y el enfermo sucumbe sin agonía por una simple asfixia y en un momento de calma casi como en los casos de *edema de la glotis*.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es rápido y siempre creciente; únicamente los accesos son mas ó menos fuertes en los diversos individuos.

La *duracion* de los síntomas, á los que se ha dado el nombre *pro-*

(1) Magistel, *Mémoire sur l'hydrophobie* (*Archives générales de médecine*, 1824).

dromos, es de dos á tres dias; la de la enfermedad confirmada es de dos á cuatro dias.

En 236 casos en que se calculó exactamente la duracion de la enfermedad desde la explosion de los primeros síntomas hasta la muerte, se ha visto que ha sido de menos de (1)

1 dia, en	2 casos.				199
2 —	56		6 dias, en		29
3 —	22		7 —		4
4 —	111		8 —		3
5 —	8		9 —		1
	199.				236 casos

Su *terminacion* es constantemente la muerte.

§ V.—Lesiones anatómicas.

A pesar de todas las investigaciones que se han podido hacer, no se ha encontrado ninguna *lesion anatómica* propia de esta afeccion; un poco de congestion de los centros nerviosos debida á la asfixia, el enfisema de los pulmones, la rubicundez de las mucosas, la estancacion de la sangre en los vasos, algunas veces un poco de hinchazon de las papilas, de la base de la faringe y de la laringe, tales son las únicas lesiones indicadas por los autores, lesiones que nada nos enseñan acerca de la naturaleza de la enfermedad.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

La rabia es una enfermedad que solo se puede confundir con la *hidrofobia no rábida*. Por lo tanto no volveremos á hablar aquí de este *diagnóstico* (1). Pero creemos de la mas alta importancia bajo el punto de vista profiláctico, resumir aquí los signos por lo que es posible reconocer la rabia en los animales, y sobre todo en los perros, no solo por los médicos, sino por cualquier persona, con lo que, como hace observar con justa razon H. Bouley, pudieran evitarse muchas desgracias. Todo perro enfermo debe considerarse en principio como sospechoso:

«Se sospechará de un perro que se mueva sin cesar y sin objeto aparente, cuyo apetito esté pervertido, cuyo ladrido esté modificado, que se presente cariñoso contra su costumbre con su amo y excepcionalmente agresivo con los animales de su especie, que permanezca mudo al dolor de los castigos, etc.»

El *pronóstico* de la rabia es siempre fatal.

(1) Informe mencionado.
(2) Véase HIDROFOBIA.

§ VII.—Tratamiento.

La multitud de remedios populares empleados contra la rabia, no tienen un hecho concluyente en su favor; por lo tanto, solo la experimentacion puede hacer descubrir el tratamiento curativo de esta enfermedad, si es que es posible.

Tratamiento preservativo.—Tomamos lo que conviene á este tratamiento de la instruccion redactada por el Consejo de higiene pública, segun la ordenanza de policía de 25 de Noviembre de 1861:

«El único medio cierto de prevenir los funestos efectos de la mordeduras de un animal rabioso, es aplicar el *hierro enrojecido* sobre la herida. La experiencia prueba que esta aplicacion es tanto mas eficaz, cuanto mas próxima al accidente se ejecute. Además, es tanto menos dolorosa cuanto mas calentado esté el hierro.

»En consecuencia, cuando una persona ha sido mordida por un perro rabioso ó tenido por tal, conviene aplicar inmediatamente y de un modo profundo en las heridas un trozo de hierro enrojecido.

»Mientras que el hierro se calienta, se tendrá cuidado de *esprimir* las heridas, con objeto de hacer salir la baba y la sangre que los impregna.

»Se podrán lavar las heridas con álcali volátil diluido en agua, con agua de jabon, de cal, ó salada, y en su falta con agua pura.

»Cuando el hierro esté pronto, se enjugarán las heridas y se aplicará profundamente.

»El empleo del hierro enrojecido al blanco, no solo es el mas seguro de los diversos cáusticos sólidos ó líquidos, cualesquiera que sean, sino que causa menos dolor. No debe, pues, dudarse en recurrir á él con preferencia á todos los demás medios.»

El ácido sulfúrico, el nitrato ácido de mercurio, los cáusticos poderosos, pueden emplearse á falta del hierro enrojecido. Couturier (de Lyon) recordó en 1860 un medio bien conocido, pero que puede á veces tener su empleo; consiste en espolvorear las heridas con pólvora y prenderla fuego.

En apoyo de la eficacia de la cauterizacion por el fuego, referiremos un nuevo y muy poderoso ejemplo que se encuentra consignado en el interesante informe del doctor Catelan (1862). En los Altos Alpes, diez y seis personas y una burra fueron mordidas sin provocacion por un perro reconocidamente rabioso. Todas las personas fueron cauterizadas; algunas inmediatamente y por un médico, y otros alternativamente con el hierro y los cáusticos. *Ninguna fué atacada de rabia.* Pero la burra, que no fué objeto de ningun tratamiento, ni fué cauterizada, rabió y murió, demostrando, no solo la trasmision

del contagio virulento, sino demostrando la eficacia de las cauterizaciones preservativas (1).

Nada puede reemplazar á los medios que hemos indicado, y por lo tanto no insistimos ni en la ligadura de los miembros, ni en los vejigatorios, sedales cáusticos, remedios internos, como los mercuriales, los ácidos minerales, la saliva, etc., que no tienen mas valor como medios preservativos que como curativos.

En cuanto á los numerosos pretendidos específicos que la multiplicidad de los casos de rabia han dado á luz en estos últimos años, son, como dice Bouchardat (2), «opiniones sin pruebas, fórmulas pertenecientes á la infancia de la farmacologia que todos han publicado, cayendo en olvido, y que solo inspiran confianza porque se les emplea misteriosamente.»

Este médico añade: «Si en algunos casos estos remedios han sido útiles, elevando la moral de los *creyentes*, han sido perjudiciales las mas veces, retardando ó impidiendo el uso de los medios racionales.»

ARTÍCULO III.

PÚSTULA MALIGNA Ó INTOXICACION POR EL VÍRUS CARBUNCOSO.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *pústula maligna* (al. *Brandblatter*, fran. *pustule maligne*, ing. *malignat pustule*, ita. *pustule maligna)* es una afeccion virulenta, que en el hombre resulta de la inoculacion directa ó indirecta de la *enfermedad carbuncosa* de los mamíferos, fiebre carbunclosa, del caballo, *enfermedad de sangre* en la especie bovina, *sangre de bazo*, en el ganado lanar. Las enfermedades carbuncosas se desarrollan repentina y epidémicamente en los animales. Están caracterizados síntomas generales de intoxicadas, unas veces primitivos y otras consecutivos y localmente por el desarrollo de vesículas y edemas muchas veces acompañados de manchas gangrenosas.

En el hombre la pústula maligna está caracterizada por la aparicion en la piel, sin otra sensacion que un prurito mas ó menos vivo, de una vesícula que se rompe y se convierte en una escara limitada por un círculo vesiculoso sobre una base dura, de extension variable; despues sobrevienen accidentes generales, que indican la intoxicacion grave de la economía.

(1) Ambrosio Tardieu, *Rapport sur l'enquête concernant les cas de rage observés en France pendant les années* 1859—1862 *(Annales d'hygiène*, t. XX. 1863, p. 449.

(2) Bouchardat, *Rapport sur divers remedes proposés pour prevenir ou pour combattre la rage (Bull. de l'Acad. de med.* Paris, 1852. t. XVIII, p. 6).

§ II.—Causas.

Se admite por lo general que la pústula maligna reconoce en el hombre casi por única causa la inoculacion por cualquier medio del vírus específico, nacido expontáneamente en los animales atacados de enfermedades carbuncosas. De donde resulta que todas las profesiones que exponen al contacto de los animales y de sus despojos, y la habitacion cerca de los establos ó de los depósitos de los restos animales, deben considerarse como *causas predisponentes*.

La *causa ocasional*, general si no constante, en la introduccion de vírus carbuncosos en la economía á través de la piel ó de las mucosas externas; esta introduccion se produce de muchas maneras, sea por *inoculacion*, sea por *imbibicion*, ó por simple contacto. La inoculacion es la forma mas frecuente. Toda afeccion cutánea que destruye la epidermis, toda escoriacion puede dar paso al vírus. A veces el modo de introduccion queda completamente ignorado, y los casos de esta naturaleza sirven á los partidarios como de punto de apoyo para defender la expontaneidad de la pústula maligna.

Se ha inculpado á las diversas expecies de *moscas* que se ponen en contacto con los animales ó con sus cadáveres, de trasportar el vírus á distancia. Esta explicacion se ha puesto en duda; Th. Gallard y Meschinet han dicho que el aguijon de las moscas es limpiado constantemente por las patas del insecto. Haremos observar que no se trata aquí de animales dotados de un aparato ponzoñoso expecial, sino del aparato bucal de los dípteros, y entre otros del *hippobosco* del caballo, que puede perfectamente servir de medio de trasporte de un vírus de los animales al hombre.

La pústula maligna, como lo han demostrado las observaciones de Raimbert, se comunica del hombre al hombre (1). Al pasar por el organismo humano el vírus carbuncoso no pierde sus propiedades contagiosas al ejemplo de los animales. La inoculabilidad es uno de los caractéres esenciales de la verdadera pústula. Segun Salmon y Maunoury, toda pústula carbuncosa que no se inocule del hombre á los animales, no debe recibir el nombre de pústula maligna.

La pústula maligna, ¿puede producirse expontáneamente en el hombre como en los animales? Todos los libros modernos han trasmitido la tradicion fundada en la obra de Eneaux y Chaussier (2). A pesar de lo dicho por Bayle y Bidault, Roger, y mas recientemente J. Bourgeois (d'Etampes) y Raimbert, es generalmente admitida la teoría de la inoculacion. Últimamente la cuestion de la expontaneidad de la pústula maligna se ha sostenido de nuevo por Devers y Gallard. Estos médicos han investigado en Benate si habia habido

(1) Raimbert, *Traité des maladies charbonneuses*. 1859.
(2) Enaux y Chaussier, *Traitement de la morsure des animaux, suivi d'un précis de la pustule maligne*. 1875.

de 1820 á 1830 pústulas malignas á la par que se habian presentado numerosas afecciónes carbuncosas en los animales, y solo se habian desarrollado en el hombre cinco pústulas malignas, mientras que de 1830 á 1863, en que no hubo ninguna afeccion carbuncosa en los animales, se observaron quince pústulas malignas en el hombre, deduciendo de estos hechos la expontaneidad de la pústula maligna en el hombre. El informe leido en la Academia de Medicina por Gosselin á nombre de la comision encargada del estudio de los trabajos de Gallard y Devers, dió lugar á una importante discusion (1). La comision fué de opinion de atenerse á esta opinion: la expontaneidad de la pústula maligna no es imposible, pero necesita nuevas demostraciones. La mayoría de los oradores que tomaron parte en la discusion negó la expontaneidad del desarrollo de la pústula maligna.

La comunicacion de la pústula maligna, ¿puede verificarse en el hombre por la ingestion de carnes procedentes de animales enfermos? Esta cuestion se habia resuelto hasta el présente negativamente. Pero Davaine (2) reconoció por experimentos que la sangre del bazo era trasmisible por alimentacion. La proporcion de los animales que contrajeron la enfermedad por este medio fué de 3 por 4. Bastó una pequeña cantidad de hígado no putrefacto, pero procedente de animales que habian sucumbido á la sangre de bazo para matar un conejo. El conocimiento de este hecho es de la mayor importancia bajo el punto de vista de la higiene pública. Así deben percibirse y no dejar de cumplir las medidas aconsejadas por los autores de higiene. Los cadáveres de los animales carbuncosos deben enterrarse profundamente para evitar que los insectos y otros animales se pongan en contacto con ellos, y puedan favorecer la trasmision del virus.

Las materias pútridas inyectadas aun en gran cantidad han determinado la gangrena, pero no producen la infeccion virulenta.

Se puede padecer muchas veces la pústula maligna sin negar tampoco la *inmunidad* de que gozan ciertos obreros envejecidos impunemente en medio del contagio.

§ III.—Síntomas.

Síntomas locales.—Una *mancha* señala la invasion, y puede pasar desapercibida al enfermo y aun para el médico. Se parece á la picadura de una pulga, de donde procede el nombre de *pulga maligna;* se eleva un poco del nivel de la piel, su color es morado, y va acompañada de constante comenzon.

En seguida aparece casi siempre una *vesícula*, que por lo comun se rompe con las uñas del paciente, y su volúmen suele ser como medio cañamon. Mas tarde se seca y aplica á la superficie de la esca-

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIX, sesiones del 12, 1 y 26 de Julio; 2, 9 y 16 de Agosto, 6 y 13 de Setiembre de 1864.

(2) Davaine, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, sesion del 22 de Agosto.

ra, formando en su contorno una zona epidérmica. La vesícula existe sobre un fondo rojo. Esta es la forma original de la pústula maligna; sin embargo, suele comenzar á veces por una *pápula* ó un *tubérculo*. Es entonces un boton macizo del grueso de medio guisante, de color rosado ó rojo oscuro; se gangrena con rapidez, y se esfacela; el tubérculo es raro. Una sola vez ha visto Bourgeois la vesícula inicial con un líquido escaso y agrisado, remplazado por una flictema tensa y amarillo ambarina.

La *escara* se desarrolla muy pronto bajo la vesícula seca, y forma un carácter distintivo de la enfermedad; su color es amarillo casi pardo y despues negro; es densa y cruje al bisturí cuando se la rasca con la punta. Su forma es redonda y apenas irregular; generalmente lisa y delgada en los bordes, sus dimensiones varían entre algunos milímetros y 2 ó 3 centímetros. A veces sobrevienen *escaras secundarias*, debidas á la mortificacion de los tejidos inmediatos ó á la confluencia de muchas vesículas, son delgadas y blandas.

Un *círculo vesicular*, una vez formada la escara, se agrupa en su contorno de un modo mas ó menos regular. Otro segundo círculo de vesículas se forma cuando el primero se ha convertido en escara. Estas vesículas forman un solo círculo, pero á veces dos ó tres, en cuyo caso las mas concéntricas son las mas voluminosas; otras veces están aisladas, algunas confluentes, rara vez dispuestas en un círculo único; su volúmen varía entre el de un grano de mijo y el de un guisante. Se ha comparado la disposicion de la escara y su círculo vesicular á la *montura de una piedra preciosa rodeada de perlas*, es raro que este círculo falte por completo y aunque sea incompleto.

El nombre de *tumor carbuncoso* fué dado por J. Bourgeois (1) á la tumefaccion circunscrita que eleva al boton maligno; en este punto es donde el vírus sufre una especie de concentracion y elaboracion antes de pasar al torrente circulatorio. La época de su desarrollo varía del tercero al cuarto dia. La escara en que termina es por lo general deprimida, porque los tejidos que la forman están modificados y no pueden distenderse. Este tumor es duro, poco doloroso, y sale de la escara y su círculo vesiculoso 3 á 4 centímetros, está abollado y casi siempre cubierto de flictenas. Su superficie externa es morada, la interna penetra en las carnes 2 ó 3 centímetros. Puede faltar en las regiones ricas en tejido celular apretado.

La *tumefaccion* general de la region ó asiento del tumor carbuncoso comienza en la circunferencia del tumor; es pálida, blanda, difusa, muy rápida en su curso; su blandura del principio se convierte al tercer dia en dureza, sobre todo en el centro; en la periferia está blanda, y representa el edema simple, no crepita.

El *aspecto* granugiento *de la piel* que presentan las partes inme-

(1) Bourgeois, *Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin.*

diatas, depende de pequeñas elevaciones macizas, esparcidas en un radio de un decímetro en contorno de la escara.

La *coloracion de las partes enfermas* es agrisada sucia al principio, mas tarde rojo oscura y despues morada. A veces toma un tinte erisipelatoso, que se extiende á distancia; esta coloracion suele ser de buen augurio.

La *calorificacion* local, aumentada al principio, desciende despues; á veces se eleva hasta la sensacion de *quemadura*, y coincide siempre con comezon y prurito *doloroso*. Si el enfermo acusa dolor, no es al principio, sino en su período de reaccion.

Se llaman *raíces del carbunco* á las irradiaciones inflamatorias que nacen del tumor; se extienden en forma de las cintas rojas de la *linfagitis* hasta los gánglios mismos afectados de *adenitis*. A veces se encuentran cordones de *flebitis* superficial alrededor de la pústula.

Los *fenómenos generales* solo aparecen al final de la evolucion de los signos locales, esto es, cuando se verifica un verdadero envenamiento. Solo despues de veinticuatro horas despues de la invasion sobreviene el malestar general, debilidad, escalofrio, *fiebre*, el pulso está ancho, blando, frecuente, y oscila entre 120 y 130, y despues falta en las arterias medianas. Cuando los casos son extremos, no suelen ser raras las hemorragias intestinales.

Las alteraciones digestivas tienen mediana intensidad en un principio. Despues hay vómitos glerosos, luego biliosos, cuyo valor pronóstico es muy grave. La sed es viva, el apetito nulo, la diarrea muy rara á pesar de los frecuentes cólicos.

La *respiracion* solo se altera al final, presenta ansiedad, y el aire espirado es frio como el de los coléricos; la asfixia hace progresos, y el cuerpo se pone cianótico.

El *aparato muscular*, respetado al principio, presenta despues postracion y debilidad, que llega hasta el síncope.

La *alteraciones del aparato cerebro-espinal y nervioso* se han demostrado ya. Se ha indicado la existencia de un delirio que es sumamente raro, pues la mayoría de los enfermos sucumben en medio de su completo conocimiento.

La *calorificacion* general está disminuida, y al final se cubre el cuerpo de un sudor frio.

Casi siempre se producen *fenómenos de reaccion*, como favoreciendo á la economía en su lucha contra la intoxicacion. Se manifiestan del sétimo al noveno dia; suceden á la algidez: una coloracion roja flegmonosa cubre la region enferma elevándose la temperatura de la piel. La reaccion queda á veces en estos límites, otras veces determina adenitis, colecciones purulentas en las regiones inmediatas al mal, inflamaciones granulosas que disecan los muslos á distancia y producen en el tejido celular infiltraciones gaseosas.

El *número de las pústulas que puedan existir simultáneamente* varía, pero la regla es la existencia de un solo tumor.

[illegible]

§ IV. —Variedades.

[illegible] las regiones. En [illegible] [illegible] pús-tula. En las demas partes del cuerpo en que se [illegible], la tumefaccion es blanda, indolente y presenta todas las formas que determina el carácter maligno; pero solo se observan vesículas mas ó menos gruesas, agrupadas irregularmente en el punto en que ha comenzado la tumefaccion, y aun pueden faltar. La dureza de la tumefaccion nunca es considerable ni aun en el centro, y por último, no se ha observado hasta ahora escara natural.

(1) J. Bourgeois, *Mémoire sur la pustule maligne, spécialement sur celle qu'on observe dans la Beauce* (*Archives de médecine*, 1843, 4.ª série).—*Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin*. Paris, 1861.

Los síntomas generales no difieren de los de la pústula maligna sino en progresar con mas rapidez, y que son por lo general mas formidables.

El verdadero *edema maligno*, es una enfermedad carbuncosa en todo semejante á la pústula maligna. «Aunque sea difícil explicar la curacion de pústulas, dice Debrou (1), se puede admitir la siguiente proposicion: unas veces el vírus se dirige á los párpados, y penetra directamente por una grieta que existe por casualidad, ó que fué hecha por el agente que conducia el vírus, y entonces se produce una pústula. Otras veces el vírus se pone en contacto solo con un punto de la superficie no denudada de los párpados, y atendida la tenuidad de la piel que los cubre, el vírus penetra por imbibicion en ausencia de toda escoriacion, y entonces se produce un edema sin pústula.»

Las bacterías encontradas por C. Davaine en el edema maligno y su trasmision en la sangre de un animal inoculado, son una razon muy poco concluyente para demostrar la identidad de orígen del edema y de la pústula malignos.

Las *variedades* que afecta dependen de las regiones. En los *párpados* presenta un picor intenso, tumefaccion edematosa, pálida, trasparente; á las cuarenta y ocho horas se observa en los dos párpados elevaciones, vesículas, color rojizo oscuro, y despues apizarrado. Despues el párpado primitivamente afectado presenta un tumor parecido á medio huevo dividido por la parte mas larga. Se forman las escaras, y desde este momento no se puede distinguir el edema del carbunco. Su gravedad es considerable porque solo se le puede atacar muy tarde por desconocer su invasion. Sin embargo, en los primeros dias puede producirse la curacion.

A diferencia de la pústula maligna, puede comenzar el edema á veces por las *mucosas*, como la lengua, las encías, para extenderse despues á la piel inmediata. Todos los casos desarrollados en la region submaxilar terminaron por la muerte, lo mismo que los de la region mamaria.

No se consideran como variedades esenciales las formas de la pústula, las diferencias de sitio ó de apariencia antes indicadas. La forma de la escara no justifica la division en prominente y no prominente.

Se han establecido variedades, segun la malignidad y la cantidad del vírus verdaderamente absorbido, segun la pústula sea ó no inoculable á los animales, y segun que el vírus se haya absorbido en las capas mas ó menos profundas de la piel.

J. Bourgeois no admite como Chaussier y Enaux, sino una sola especie esencial de pústula carbuncosa. Es, pues, necesario admitir la unidad de vírus en esta enfermedad.

(1) Debrou (d'Orléans), *Observations sur l'œdème malin* (*Arch. gén. de méd.*, Octubre, 1865).

§ V.—Curso duracion y terminacion.

Curso.—Es necesario admitir con J. Bourgeois dos períodos de la enfermedad; uno llamado de *incubacion* ó elevacion local del vírus, y otro de *envenenamiento*. Enaux y Chaussier han dividido las fases de la enfermedad en cuatro períodos arbitrarios. Falta apreciar el período de incubacion.

Depositado el vírus sobre la piel, pasan tres dias sin fenómenos visibles. Despues aparece la *mancha roja*, de donde procede el nombre de *pústula maligna*. Esta mancha es efímera, despues de doce ó quince horas se cambia en *vesícula* acompañada de comezon, desaparece cuando rota la vesícula deja lugar á una superficie dura, parda, que es la *escara*. Despues de un dia aparece el *círculo vesicular* alrededor de la escara; de las veinticuatro á las cuarenta y ocho horas aparece el *tumor carbuncoso*, y despues el edema periférico, alteracion del color que puede compararse á la *piel del sapo*, aparicion de estrías de angioleucitis llamadas *raíces del carbunco*. Es necesario que pasen comunmente de cuatro á nueve dias para que estos fenómenos morbosos externos se desenvuelvan hasta producir la muerte.

El envenenamiento general y los síntomas generales que le acusan no se manifiestan por lo comun antes de veinticuatro ó treinta y seis horas, á contar desde el desarrollo de la vesícula. Esto en los casos mas rápidos, en otros solo despues de algunos dias, esto es, cuarenta y ocho á sesenta horas despues de la aparicion del boton. Entonces el enfermo se ve obligado á guardar cama. Durante dos dias fiebre y debilidad, ligeras alteraciones digestivas, y despues manifestacion de desórdenes generales mas graves. A veces los síntomas generales disminuyen y parece, como dice el vulgo, que la enfermedad se ha introducido. En fin, del cuarto al noveno dia ansiedad, ortopnea, enfriamiento general, pulso nulo y despues de algunas horas de este estado sobreviene la *muerte repentina* sin agonía.

La *terminacion* mas comun no es la muerte, en la mitad ó dos tercios de los casos, se verifica la curacion por disminucion de los síntomas locales, tomando el tumor una coloracion roja clara, y designacion de los fenómenos generales.

La *duracion* es variable; por término medio la muerte se verifica del quinto al octavo dia cuando el caso es mortal. Los que solo duran veinticuatro ó cuarenta y ocho horas no existen sino en la imaginacion de los enfermos ó de las personas extrañas á la medicina. En los casos graves que deben curarse, el mal se detiene solo al sétimo dia, y al noveno retrocede francamente.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Un retraso de algunas horas puede producir la muerte ó deformidades deplorables para el enfermo, y un descrédito para el médico.

El *diagnóstico* es difícil, sobre todo al principio, cuando el boton primitivo solo se encuentra en el estado de mancha ó de pequeña vesícula, y sobre todo cuando comienza por un tubérculo ó por una flictena, cuando falta la escara, ó bien la pústula comienza por una manchita roja sin vesícula, colocada en el centro de una tumefaccion pálida, semitrasparente, como se obsérva á veces en los párpados.

En los diversos grados de su evolucion puede principalmente confundirse con tumores inflamatorios ó edematosos de todas clases, sobre todo cuando présentan algunos puntos gangrenosos con infartos de naturaleza diversa, de pústulas foliculosas cutáneas, tambien se la ha visto sobrevenir en la convalecencia de una viruela, y ser tomada por una pústula variólica secundaria.

Como quiera que sea, la enfermedad que haga persistir la duda podrá deslindarse teniendo en cuenta las condiciones propias de la pústula ya indicadas. La causa específica, la coincidencia de los epizoóticos, la ausencia de síntomas generales al principio, la vesícula, la escara, el tumor con un tinte de piel de lagarto, el círculo vesiculoso separando la escara del tumor, la ausencia del dolor y el sitio de la lesion en partes descubiertas, son otros tantos caractéres que disiparán la duda en gran número de casos.

Sin embargo, si subsiste la duda bueno será practicar desde luego cauterizaciones en el espesor del tegumento enfermo, y segun la delicadeza de los órganos inmediatos.

Examinaremos sucesivamente el carbunco maligno *sintomático*, el pestinencial, el antrax ó carbunco benigno ó forunculoso, el antrax, el forúnculo, la erisipela simple, flegmonosa, edematosa, flictenosa, gangrenosa; la gangrena de la boca, las picaduras de insectos ponzoñosos, el edema benigno de los párpados.

Á excepcion de la picadura de los insectos y del edema benigno, todas estas afecciones se desenvuelven en una alteracion de la economía que las ha precedido ó acompañado cuando no son su efecto directo. Todas se desarrollan como síntomas y la verdadera enfermedad les ha precedido algunos dias. Lo contrario sucede en la pústula maligna, precede á la intoxicacion general, no es su manifestacion. Constituye la enfermedad y no es síntoma. Sin hacer, pues, la historia detallada de cada una de estas afecciones presentaremos en comparacion con la pústula maligna y el edema maligno en los siguientes cuadros.

Se reconocerán las *pústulas del muermo* ó de los *lamparones agudos* por los antecedentes, y se apreciará su existencia por los sinto-

mas generales mucho tiempo antes de la presencia de los botones gangrenosas.

Las *pústulas del ectima* se diferencian de los del carbunco por su superficie blanda, su viva coloracion, el pus que contienen, la ausencia de areola vesicular y el desarrollo simultáneo, si no anterior, de síntomas generales. Sin hablar del *acné* reconocido por la expulsion del contenido del folículo, de las vesículas del *herpes* benignas y desarrolladas como fenómeno crítico en el *zona*, casi siempre acompañadas de nevralgias; las *mordeduras de la víbora*, distinguidas por su doble picadura de la piel, y por la rapidez de su tumefaccion, que llega en algunas horas desde las extremidades inferiores al tronco.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.ª Seccion. — *Carbunco maligno sintomático, ó antrax maligno.*

PÚSTULA MALIGNA.	ANTRAX MALIGNO SINTOMÁTICO.
Causas.—Externa, contacto; terrenos secos, inoculacion local.	*Causas.*—Interna, terrenos pantanosos, intoxicacion general.
Prodromos.—Ausencia de fiebre; no es ninguna consecuencia de fenómenos locales.	*Prodromos.*—Una fiebre particular de la que solo constituye una especie de crísis.
Naturaleza.—Es una *causa* de intoxicacion, si no se destruye la pústula.	*Naturaleza.*—Es un *efecto* de la intoxicacion, si no se combate á tiempo.
Síntomas particulares.—El tumor es muy poco ó nada doloroso.	*Síntomas particulares.*—El tumor es sumamente doloroso.
Círculo vesiculoso muy regular rodeando la escara.	*Círculo vesiculoso* ausente.
Coincidencias.—Epizootias de fiebres carbuncosas, ausencia de enfermedades palúdicas en los habitantes.	*Coincidencias.*—Fenómenos palúdicos diversos en los habitantes. No hay epizootias.

PÚSTULA MALIGNA.	ANTRAX Ó CARBUNCO PESTINENCIAL.
Ninguna epidemia reinante.	Peste reinante en la comarca.
La pústula es el síntoma inicial.	El carbunco no se declara sino despues de algunos dias de enfermedad.
Única en general.	Múltiples.
Vesículas y flictenas en la piel inmediata á la pústula.	Ni vesículas, ni flictenas.
Indolencia local.	*Dolor* vivo en el tumor.
Escara limitada.	*Escara* que crece rápidamente hasta ser tan grande como la palma de la mano.
Naturaleza.—Punto de partida de intoxicacion general.	*Naturaleza.*—Consecuencia de intoxicacion general.
Se desarrolla á veces en regiones cubiertas de pelos.	No se desarrolla nunca donde existen pelos abundantes.

PÚSTULA MALIGNA.	ANTRAX Ó CARBUNCO BENIGNO Ó FORUNCULOSO.
Tumor indolente, pardo en el centro, rojo oscuro en la periferia.	Tumor excesivamente doloroso, grueso y rojo intenso.
Vesícula en el centro sin *pus*.	Ausencia de vesículas en el centro, boton lleno de *pus* generalmente.
Primitivamente extraño á la economía, y de aquí la ausencia de reaccion febril.	Ausencia una depuracion de la economía y de aquí los signos de embarazo gástrico, coincidiendo con fiebre viva.
Ausencia de supuracion á no ser á veces en el período último de reaccion.	Formacion de muchos orificios por donde salen gotas de pus.
Ausencia de clavo, pero extensa mortificacion celular en la forma gangrenosa.	Salida expontánea ó artificial del clavo por los orificios múltiples reunidos en uno solo.
Pérdida de sustancia tan ancha como profunda que no tiene nunca la forma de una cavidad con mediana tendencia á la reparacion *sin el menor indicio de pus*.	Cavidad dejada por la salida del clavo, profunda que es *fuente de una supuracion abundante* contendencia á la reparacion.
Gangrena y escara primitiva y central de la piel bajo la vesícula.	Gangrena consecutiva á la salida del clavo y periférica, desarrollada en los bordes de la cavidad formada por la salida del clavo.

PÚSTULA MALIGNA.	ANTRAX.
Sitio.—Sobre las partes descubiertas del cuerpo, nunca sobre la region espinal, y siempre en los puntos en que es mas notable la finura de la piel.	*Sitio.*—Las regiones cubiertas, y con mas frecuencia la region espinal. Siempre en los puntos en que el espesor de la piel es mas considerable.
Pulso.—De la adinamia.	*Pulso.*—De reaccion francamente inflamatoria.

PÚSTULA MALIGNA.	FORÚNCULOS Ó CLAVOS.
Por lo general únicos.	Rara vez únicos, por lo general muchos á la vez ó sucesivamente durante meses y aun años.
Prodromos.—Ninguno; no la precede enfermedad alguna.	Enfermedad general ó cutánea (sarna, herpes) los preceden.
Sitio.—Manos, cara, partes descubiertas.	Situados mas comunmente en la region glútea ó ano-perineal.
Causas.—Externas; profesiones que exponen al contacto con animales ó sus despojos.	*Causas.*—Internas; son á veces consecuencia de una especie de depuracion de la economía. No hay influencia de la profesion.
Forma.—Convexa, deprimida en el vértice, aplastada.	*Forma.*—Cónica, puntiaguda.
No hay flujo icoroso.	Flujo purulento moreno que sale por abertura única en el vértice.
No hay clavo.	Clavo único.
Dolor nulo, solo picor y comezon.	Dolor lancinante pulsativo.
Ausencia del pus.	Frecuentemente precedida de una pústula de ectima.
La puncion no da pus.	La puncion por medio de un alfiler introducido por el vértice del tumor, por un movimiento de rotacion y de vaiven da una gota de materia purulenta á la presion.

Vesículas en corona.	Ausencia de corona vesiculosa.
Frecuencia menor.	*Proporcion.*—Sobre ocho botones graves en apariencia sola una pústula maligna. El forúnculo es muy frecuente.

***En casos de duda.*—Cáustico en ambos casos por precaucion.**

PÚSTULA MALIGNA.	ERISIPELA SIMPLE, FLEGMONOSA Ó EDEMATOSA.
Prodromos.—No hay síntomas generales.	*Prodromos.*—Fenómenos generales muy intensos durante uno ó dos dias.
Adenitis á veces al final.	*Adenitis* antes de la rubefaccion.
Rubefaccion circunscrita á la areola.	*Rubicundez* difusa.
Maximum de intensidad de los síntomas locales siempre en el centro.	El maximum de intensidad de los síntomas es primero central, irradiándose á la periferia mientras que la rubicundez se extingue en el centro que el asiento de la descamacion.
Límites del mal, difusos.	Los bordes de la rubicundez y de la tumefaccion en forma de mapa geográfico, cortados, claros y salientes.
Tumefaccion enorme, á veces dura, como lardácea en el centro, blanda, temblorosa á medida que se separa.	*Tumefaccion* mucho menor, consistencia mas uniforme en toda su extension.
Rubicundez azulada alrededor de la escara.	*Rubicundez* mas clara y franca.

PÚSTULA MALIGNA Y EDEMA CARBUNCOSO.	ERISIPELA EDEMATOSA FLICTENOSA.
Tumefaccion rápidamente acompañada de escaras, elevacion de rápida formacion.	*Tumefaccion* pálida indolente, sin escaras; elevacion mediana.
Prodromos.—Ninguno.	*Prodromos.*—Fenómenos generales antes del edema.
Límites difusos.	*Límites* como los de la erisipela simple, de bordes marcados.
Temperamento del enfermo indiferente.	*Temperamento* linfático, personas anémicas.
Flictenas se agrupan alrededor del punto en que ha comenzado la afeccion.	*Flictenas* que varían de sitio como la erisipela y abandonando como ella su sitio primitivo.

PÚSTULA MALIGNA.	ERISIPELA GANGRENOSA.
Escaras.	*Escaras* mas anchas y blandas.
Enfisema.—No pertenece á la pústula.	*Enfisema.*—Tejido celular infiltrado de gas pútrido.
Curso.—Evolucion sucesiva y distinta de las diversas formas de lesiones cutáneas.	*Curso* de la erisipela en general, esto es prodromo y fiebre antes de las manifestaciones gangrenosas.

PÚSTULA MALIGNA Y EDEMA CARBUNCOSO.	ESTOMACACE GANGRENOSA.
Escara dura que cruje al bisturí.	*Escara* blanda mas extensa, putrílago infecto.
Cerco areolar de vesículas.	El cerco areolar no existe.

Curso de la escara, de la piel y de las partes superficiales hácia las profundas. Rapidez.	*Curso*, de la mucosa de la boca á la superficie cutánea. Lentitud relativa.
Invasion.—Por la lengua que se pone edematosa y las encias á las partes anteriores.	*Invasion*.—Por los bordes maxilares á las partes laterales.
Ninguna *alteracion* de los huesos.	*Alteracion* de los maxilares necrosados. Caida de los dientes.
Terminacion.—Asfixia causada por la tumefaccion.	*Muerte* en medio de la caquexia.

PÚSTULA MALIGNA.	PICADURAS DE INSECTOS Y ANIMALES PONZOÑOSOS.
Antecedentes.—No hay picaduras ó heridas. Relacion con animales ó sus despojos.	*Picadura* de insecto como cínife, mústico, avispa, abeja, etc.
Sin *cuerpo extraño*, visible en la herida.	*Aguijon* del insecto visible á simple vista ó con lente.
Vesícula en el vértice del tumor.	*Tubérculo* blanco en cuyo centro está el rastro de la picadura ó el aguijon.
Escara y círculo vesicular.	Ausencia de ambos.

EDEMA CARBUNCOSO DE LOS PÁRPADOS.	EDEMA BENIGNO DE LOS PÁRPADOS.
Causa generalmente desconocida ó supuesta; profesion, epizootia, lágrimas enjugadas con los dedos manchados de vírus.	A veces difícil de reconocer: fluxion denteria, corriente de aire; blefaritis, conjuntivitis crónicas; insectos.
Volúmen.—Progresivo, monstruoso.	*Volúmen*.—Estacionario, mediano.
Escaras, vesículas.	Ni escaras, ni vesículas.

Es indudable que la gravedad de la pústula maligna varía de una comarca á otra, como la energía del vírus difiere de una á otra epizootia. Sin embargo, la malignidad de la pústula es manifiesta. En los animales el carbunco es siempre mortal.

La *gravedad es menor* si el tratamiento se plantea en el *primer período*. La intoxicacion no ha comenzado cuando el tumor presenta un rojo claro, está bien limitado, doloroso, disminuido y rodeado de estrías angioleucitis, si, en fin, el pulso está fuerte y ancho y cuando se encuentra hácia el sétimo dia de la aparicion del boton, sobre todo si el sugeto es jóven y robusto.

La *gravedad es extrema* en las siguientes circunstancias: tumor situado en el cuello, la piel inmediata está pálida ó morada, la intoxicacion se anuncia con rapidez, las alteraciones digestivas muy graduadas, la respiracion penosa, la piel cubierta de sudor frio, pulso pequeño.

En estos casos el enfermo está desahuciado, sin embargo, que se han visto presentarse reacciones tardías que le han salvado.

Sin embargo, mas bien pueden esperarse en esta enfermedad terminaciones funestas, que curaciones imprevistas.

§ VII.—Lesiones anatómicas.

El hábito exterior del cadáver es el mismo que se observa en los envenenamientos en general. El exámen del sitio del mal demuestra una escara sin ningun trabajo de eliminacion, generalmente homogénea, á veces compuesto de capas estratificadas. Macerada en el agua, pierde su color negro procedente de sangre infiltrada, se hace semejante á la piel sana, pero mas agrisada. El tejido del tumor es denso como en el escirro, y cruje al escalpelo. La mucosa digestiva, sobre todo la del estómago, está infiltrada de serosidad y sangre que la hacen presentar un aspecto desigual, granugiento como mamelonado, cuyas elevaciones aparecen á veces gangrenadas, lo que ha hado lugar á que se señale esta alteracion equivocadamente con el nombre de *pústulas malignas internas*. Estos son en efecto simples tumores sanguíneos. Todos los órganos tienen igual aspecto que el que se observa en las intoxicaciones. La sangre parece haber perdido una parte de su fibrina, al paso que se ha aumentado la cantidad de materia colorante.

El *exámen microscópico* ha demostrado á Brauell (de Dorpat) y á Ch. Robin la existencia de un gran exceso de glóbulos quilosos en la sangre; los glóbulos rojos deformados y los blancos mas voluminosos. Se ha observado la presencia de pequeños cilindros *(bastoncitos) (batonnets)* primero inmóviles poco tiempo antes y despues de la muerte, siendo mas numerosos en la sangre del bazo. Del tercero al cuarto dia, despues de la muerte se observan agitados de vivos movimientos y se trasforman en vibriones. Estos cilindros se observan en la sangre de los animales muertos de carbunco. La inoculacion de la sangre de un caballo carbuncoso, produce el carbunco sin que este líquido presente aun los cilindros, de donde se desprende que estos ni son el vírus ni le contienen.

§ VIII.—Tratamiento.

El curso de la enfermedad que marca los períodos de incubacion, erupcion é intoxicacion general, indica ya la marcha del plan curativo, debiendo ser local ante todo. Es preciso lo mas pronto posible, destruir la lesion local primitiva, fuente única de los accidentes generales consecutivos. Con este objeto se han puesto en uso dos métodos principales: 1.°, la *cauterizacion potencial*; 2.°, la *cauterizacion con el hierro enrojecido*. Uno y otro de estos medios presentan sus ventajas, pero tambien sus inconvenientes. Tomaremos de un exce-

lente trabajo de los doctores Mauvezin (1), la apreciacion comparativa que han hecho.

1.° *Tratamiento por los cáusticos.*—«Los ácidos sulfúrico y nítrico, el nitrato de plata, el nitrato ácido de mercurio, la manteca de antimonio, el cáustico de Filhos, el sublimado corrosivo, se han empleado sucesivamente.

»Los inconvenientes generales de los cáusticos son los siguientes: su accion es lenta y por lo tanto difícil de observar, siendo además muy irregular. En efecto, cualquiera precaucion que se tome, no puede nunca preveerse hasta dónde llega la accion del cáustico; si sobrepasara al mal ó si no le alcanza. En el primer caso, solo se trata de una cicatriz mas ó menos informe; en el segundo se compromete la vida del enfermo, porque modificada incompletamente la lesion local, aumenta rápidamente su extension y no tardan en aparecer los graves fenómenos generales. Entonces se recurre á la llamada *cauterizacion secundaria*, pero el éxito no ha satisfecho nunca estas tentativas *in extremis*. Añadiremos como último inconveniente de los cáusticos que determinan un dolor muy intenso de larga duracion.

»Dos de estos cáusticos, el sublimado corrosivo y la potasa cáustica, parece que se han escapado de esta crítica, y se han empleado con predileccion por los prácticos mas notables de las provincias, donde la pústula maligna se presenta mas comunmente; y por esta razon los estudiaremos por separado.

»A. *Sublimado corrosivo.*—El sublimado es casi el único cáustico de que se sirven los médicos de la Beauce (2). Los curanderos emplean el sublimado como remedio secreto, haciendo una mezcla del ungüento de Canet, colcotar y sublimado. El sublimado teñido por el minio y á veces mezclado al oropimente constituye un cáustico llamado secreto. Se aplica del modo siguiente: Despues de haber hecho una incision crucial y excindido los ángulos de esta incision, *se llena de sublimado el hueco que queda de esta operacion. El sublimado no se empleará en polvo sino contundido*, cubriéndose todo despues con un emplasto. Es bueno tambien espolvorear con el sublimado contundido toda la areola vesicular, cuyas flictenas se han abierto ámpliamente, y aun sobrepasar sus límites. Para impedir que se deslice el polvo mas allá de las partes que debe atacar, se cubrirá la piel con un esparadrapo con agujero en el centro, del tamaño que se desea, tenga la escara producida por la cauterizacion. El espesor de la capa de polvo de sublimado será proporcionado á la profundidad que se quiera dar á la mortificacion curativa. Despues se aplicará, sobre todo, un trozo de la misma tela de esparadrapo cubierto de

(1) Mauvezin, *Coup d'œil sur les divers traitements de la pustule maligne, et exposé d'une nouvelle méthode de traitement de cette affection* (*Arch. gén. de méd.*, 1864, vol. I).

(2) Lopen. *Gaz. méd.*, 1847, p. 424, et Mauvezin, *Mémoire cité*.

ungüento de Canet ó de otro, para fijar mejor el polvo. Una compresa cubriendo el segundo esparadrapo y una venda fina completan la cura.

»Despues de veinticuatro horas se ha verificado la cauterizacion. Penetra en general á un centímetro de profundidad y el sublimado excedente se encuentra sobre la escara. Sobre las partes cubiertas de epidermis, la accion del sublimado es menos profunda, no sobrepasa de un grueso de 2 ó 3 centímetros, así antes de la aplicacion del sublimado es menester abrir todas las vesículas.

»La escara producida por el sublimado se rodea de una rubefaccion mas ó menos rojiza, y si las vesículas que rodean la escara se llenan de pus, es señal que el cáustico ha producido todo el efecto apetecible; pero estas vesículas no siempre son purulentas, pues las hemos visto contener una serosidad sanguinolenta aunque el mal se hubiese detenido (1).

»Así, segun la misma opinion de los que le emplean, el sublimado no penetra á mas de un centímetro de profundidad, y los signos que indican que se ha alcanzado el objeto, faltan con frecuencia y cuando se presentan, no merecen mas que una mediana confianza.

»Existe otra razon para proscribir el empleo del sublimado, y es que á veces produce fenómenos de intoxicacion mas ó menos graves. En un caso observado por Salmon hubo pequeñez del pulso, agitacion nocturna, vómitos, que cesan cuando se suspende el empleo del cáustico mercurial (2).

»En fin, resulta de una estadística formada por los partidarios del sublimado, que de 48 enfermos tratados por este cáustico, hubo 17 muertos.....» (Mauvezin.)

B. *Potasa cáustica.*—«J. Bourgeois (de Etampes) ha obtenido de este cáustico cuanto puede dar de sí, ha regularizado todo lo posible su empleo y disminuido sus inconvenientes por medio de lo que se llama *cauterizacion por dilucion.* Hé aquí en qué consiste.

»Se coge un cilindro de potasa con las pinzas de cura y se coloca en el porta-cáustico, y se pasa circularmente sobre las escaras pequeñas y la corona de vesículas que los rodean; esta friccion circular no tarda en disgregar las carnes. Continúa en general, dice Bourgeois, hasta que el fondo de la escoriacion, que puede tener 2 ó 3 milímetros ó un poco mas, se ponga rojo y aun suministre un poco de sangre, lo que en los casos ligeros no es completamente necesario (3).»

El método de J. Bourgeois tiene por principal ventaja limitar con bastante exactitud la accion del cáustico. Pero esta accion, ¿es bastante profunda? ¿Qué es una cauterizacion de 2 á 3 milímetros de profundidad para destruir un núcleo indurado que penetra á veces 2 centímetros en el espesor del tejido celular subcutáneo?

(1) Raimbert, *Traité des maladies charbonneuses* p. 331.
(2) *Revue médico-chirurgicale*, Mayo 1854.
(3) Bourgeois, *ouvrage cité*, p. 245-246.

»En este como en todos los cáusticos, ningun signo positivo indica *en el momento de la operacion*, ni aun uno ó dos dias despues que se ha llegado al límite extremo del mal.» (Mauvezin.)

2.° *Tratamiento por el cauterio actual.*—«Los numerosos inconvenientes de los cauterios potenciales, han hecho pensar desde luego en el cauterio actual. Sin ascender hasta Celso, que decia: *Nihil melius est quam protinus adurere*, encontramos en los autores modernos una porcion de testimonios en favor de la cauterizacion con el hierro enrojecido. Segun Ponteau, es el medio mas fácil, el que *produce menos dolor*, y promete mas pronto éxito (1). Eneaux y Chaussier, que dan la preferencia á los cáusticos, dicen sin embargo, que el fuego puede sustituirlos con ventaja, que merece mucha confianza y que se ha desatendido demasiado. Segun estos autores, Carré, práctico de Dijon, instruido por una larga experiencia, no emplea otro tratamiento que el hierro enrojecido, y rara vez experimentaron ningun accidente.

En nuestros dias, Lisfranc, A Bérard y Denonvilliers han preconizado el empleo del cauterio actual; pero cosa chocante, este método de tratamiento solo se emplea de un modo excepcional por los médicos de las comarcas en que es endémica la pústula maligna.

»En este método se hacen calentar muchos cauterios cónicos al rojo blanco y se aplican sucesivamente en el centro de la pústula; pero como esto no basta para destruir el mal, se circunscribe el contorno de la pústula con uno ó muchos cauterios y así se hacen sobre las partes edematosas numerosas cauterizaciones punteadas ó lineales. El cauterio actual obra superficialmente, y es necesario para destruir la pústula extinguir doce ó quince cauterios. Lo mismo que en los cáusticos, ningun signo indica que se ha llegado al límite del mal.» (Mauvezin.)

Con el objeto de remediar los inconvenientes que se han expuesto, los doctores Mauvezin han preconizado el método siguiente, que han empleado con éxito.

3.° *Tratamiento por la estirpacion y la cauterizacion combinadas.*—1.° *Tiempo*: *Estirpacion.*—Despues de haber determinado el volúmen de la pústula, se la circunscribe por dos incisiones semilunares el núcleo indurado que forma la base; despues se coge el pequeño tumor con una pinza de diente de raton, ó con una simple pinza de disecar, y se le corta desprendiéndole de los lazos que le unen al tejido celular subcutáneo. Terminada la excision, se lleva el dedo hasta el fondo de la herida, con objeto de asegurarse si se ha extirpado todo el núcleo indurado, y si quedase el menor fragmento se separaria inmediatamente.

2.° *Tiempo. Cauterizacion.*—Cuando se ha estirpado el tumor, sale siempre cierta cantidad de sangre mas ó menos serosa, segun

(1) Pouteau, *Œuvres posthumes*, t. III, p. 521.

que el contorno del tumor se encuentre mas ó menos edematoso. Se enjuga bien la herida secándola todo lo posible, y despues cogiendo un cauterio olivar se pasea por el fondo de la herida, durante algunos instantes sobre los diversos puntos de la superficie sangrienta. Cuando la herida es grande, se aplican dos cauterios á su superficie. El dolor cesará inmediatamente con una inyeccion fria. La herida se curará con una planchuela cubierta de estoraque líquido. (Mauvezin.)

Las consecuencias de la operacion son las mas sencillas, siempre que se haya ejecutado *antes de la aparicion de los síntomas generales*. Desde el dia siguiente disminuye notablemente el infarto edematoso, una zona roja intensa rodea la escara producida por el cauterio. En un espacio de tiempo variable de ocho ó quince dias, segun la profundidad de la cauterizacion, se desprende la escara, que muy pronto se sustituye por los pezones carnosos que llenan la herida. (Mauvezin.)

Segun Mauvezin, que cita catorce observaciones de pústula maligna tratada por este método con éxito, la curacion fué la regla cuando se practicó la operacion antes de la aparicion de los síntomas de intoxicacion.

Cuando, por el contrario, se han desarrollado los accidentes antes de la estirpacion, este método no tiene mas fortuna que los otros para detener el curso del mal, que sigue su marcha con casi tanta violencia como si se hubiera abandonado la enfermedad por sí misma. Este último método tiene sobre todo la ventaja de evitar cauterizaciones secundarias, á las que siempre debe recurrirse cuando la primera cauterizacion ha parecido insuficiente. Las cauterizaciones secundarias solo presentan como resultado la produccion de enormes escaras, agravar el estado local, sin comprender nunca los tejidos impregnados y sin destruir el vírus absorbido.

La *medicacion general* está constituida por los *tónicos* y los *estimulantes*. Sin conceder á estas medicaciones mas confianza que la que se merecen, debemos, sin embargo, fundar en ellas nuestra esperanza, cuando toda la economía se encuentre bajo la influencia séptica del vírus carbuncoso, cualquiera que sea la via por que haya penetrado. Sostienen las fuerzas decaidas, elevan el pulso deprimido y reaniman el calor que se extingue. La quina, el vino, las infusiones aromáticas de té, café, menta, etc., con un poco de aguardiente ó de acetato de amoniaco, deben preferirse cuando las fuerzas digestivas no alteradas permiten su uso.

Higiene pública y profilaxia.—Puesto que el vírus carbuncoso se produce en los animales domésticos, se procurará evitar el mal en su orígen vigilando su salud. Se modificarán la alimentacion y la estabulacion. Los animales muertos ó matados á consecuencia de la enfermedad carbuncosa, se enterrarán enteros, es decir, carnes y osamentas en fosas de tres metros de profundidad, y las pieles se destrozarán para evitar su empleo.

Las personas que hayan estado en relacion con los animales enfermos, recurrirán á las lociones alcalinas, y sobre todo á una mezcla de cloruro de sodio ó á las preparaciones del ácido férrico. Se evitará con cuidado la permanencia en los lugares abandonados por los animales atacados por la afeccion carbuncosa.

CAPÍTULO III.

Envenenamientos agudos ó envenenamientos propiamente dichos.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Resulta de lo dicho al principio del libro que trata de las *intoxicaciones*, que reservamos el nombre de *envenenamiento* propiamente dicho, á los accidentes inmediatos y generalmente rápidos, que son la consecuencia de la ingestion ó de la absorcion de un veneno. La division en *envenenamientos agudos y crónicos* tiene una utilidad real bajo el punto de vista clínico, y hemos tenido el cuidado de introducirlo.

En todo envenenamiento pueden reconocerse dos fases distintas: la primera es generalmente corta, durante la que la intoxicacion capital es evacuar el veneno y neutralizarle, es el período de la intervencion química; la segunda está caracterizada por los fenómenos que indican que el veneno se ha absorbido. El médico se encuentra entonces enfrente de una enfermedad, y en estos casos mas que nunca, debe ante todo tener presentes las *indicaciones particulares* que le suministra el sugeto en el momento que llega á él. De aquí la imposibilidad de trazar de un modo general para cada grupo de venenos, la conducta que debe seguirse.

Estando reconocido el veneno, dice, la primera indicacion que hay que llenar es *evacuarle*. Para esto se emplean los *eméticos*, los *emetocatárticos*, los *purgantes* y la *sonda esofágica* (1), ó bien el aparato siguiente inventado por el doctor Honorato Gay (2).

Este médico reune dos sondas esofágicas, de manera que no formen mas que una sola de mucha longitud, por medio de un tubo de vidrio de 8 centímetros que entra á la fuerza en estas sondas, 3 centímetros por cada extremo, y sobre el cual se fijan muy exactamente las dos sondas con algunas vueltas de un cordonete plano, de suerte que no puede salirse el aire ni líquido alguno. Cada sonda tiene 70 centímetros de longitud, y 8 milímetros de diámetro interior en toda su extension; estas sondas no tienen pabellon, una de ellas presenta tres orificios en su punta, uno terminal y dos laterales

(1) Véase tomo III, página 363, figura 15.
(2) *Abeille médicale*, Diciembre de 1847.

alternos y muy aproximados al último; estos orificios tienen un diámetro un poco menor que el de la sonda misma; el otro, por el contrario, solo tiene una abertura inferior terminal.

Se introduce la sonda por la extremidad que tienen los tres orificios inferiores, preliminarmente untada de aceite, en la boca, en las fáuces, en el esófago, y bien adentro en el estómago. Introducida la sonda, se levanta la extremidad exterior lo bastante solo para que su abertura esté mas alta que la boca del enfermo; entonces se vierte por ella el líquido destinado á lavar el estómago por medio de un embudo de pico muy corto. Si se trata de vaciar el estómago, estando el embudo lleno, igualmente que el tubo, se comprime fuertemente el orificio de la sonda, inmediatamente debajo del pico del embudo, entre el pulgar y el índice de una mano, para oponerse á la salida del líquido, y en el mismo instante se baja prontamente la sonda, al paso què con la otra mano se quita el embudo. Esta maniobra determina la formacion y cebo de un sifon y la evacuacion instantánea del líquido.

La segunda indicacion es la de ***administrar el contraveneno***, y la tercera la de prodigar al envenenado ***los auxilios de la medicina*** que reclame su estado; estos se dividen en ***generales***, que convienen en todos los envenenamientos, y en medicaciones apropiadas para cada envenenamiento en particular.

1.° Para evacuar el veneno se ha recurrido las mas veces al ***tártaro estibiado;*** se dan 5 centígramos de emético disuelto en medio vaso de agua; se repite esta dósis tres ó cuatro veces con algunos minutos de intervalo; se hace beber mucha ***agua tibia***, y muchas veces es conveniente ***favorecer el vómito por la titilacion de la campanilla.*** Si no se tuviere á mano el emético, se le puede reemplazar con 20 centígramos de ***sulfato de cobre disuelto en dos cucharadas de agua;*** se reitera esta dósis, y algunas veces este vomitivo es preferible porque obra con mayor rapidez.

Cuando el veneno es insoluble y se puede creer con razon que ha pasado del estómago y se halla en el intestino delgado, se debe preferir un *emetocatártico*. Se hacen disolver 20 centígramos de *tártaro estibiado*, 60 gramos de ***sulfato de sosa*** ó de *magnesia* en un litro de agua, y se le administra rápidamente á vasos. Tambien se ha aconsejado con bastante frecuencia en los *envenenamientos por las sustancias vegetales* nocivas, administrar *fuertes soluciones de sal marina*, que obran como un emeto-catártico: 50 gram. de sal marina por litro de agua. Este medio puede ser sumamente precioso, porque siempre se tiene sal comun á la mano, y porque nunca se administrará demasiado pronto un evacuante.

Cuando se ha tomado el veneno en forma de lavativas, y ha llegado hasta el intestino grueso, es necesario recurrir á las *enemas purgantes*. El que se debe preferir en estas condiciones, debe estar preparado con 20 gramos de ***sen***, 50 gramos de ***sulfato de sosa*** y 500 gra-

mos de agua; esta lavativa conviene mejor que los drásticos mas enérgicos, cuya accion es mas lenta, y que hemos visto muchas veces prescribir sin ningun resultado. Cuando no se logra promover los vómitos por medio de los eméticos, es conveniente, si el veneno está todavía en el estómago, introducir en este órgano una *sonda esofágica*, á la cual esté adaptada una *bomba aspirante*.

2.° El *contraveneno* es la sustancia que forma una combinacion insoluble ó inofensiva con la parte activa del veneno ingerido. Hay algunas reglas generales sobre el uso de los contravenenos que vamos á recordar. Siempre que sea posible, se debe dar la preferencia á un contraveneno que sea completamente inocente, y que se pueda obtener inmediatamente en todas partes. Por lo general es preciso administrar el contraveneno *en cantidad muy superior á lo que es estrictamente necesario*, para producir la neutralizacion química del veneno, y esto por muchas razones; efectivamente, el contraveneno puede ser arrojado casi inmediatamente que se administre, y en los casos mas felices se debe considerar que la mayor parte de las combinaciones insolubles, no lo son sino en ciertos límites y relativamente; y despues, como es menester que la accion sea rápida, una gran masa de contraveneno será mucho mas eficaz para envolver por todas partes al veneno, y para determinar la pronta formacion de la combinacion insoluble ó inofensiva.

Hay muchos contravenenos, que aunque forman con los venenos combinaciones muy poco solubles en el agua, no son, sin embargo, completamente eficaces: estas combinaciones con el tiempo pueden ser lentamente disueltas en el aparato digestivo y producir la continuidad de los accidentes. Por lo tanto, en estos casos conviene *insistir en la medicacion evacuante despues de la administracion del contraveneno*.

Cuando el veneno ha podido atravesar el estómago y penetrar en el intestino delgado, en igualdad de circunstancias, es necesario preferir un contraveneno insoluble á otro soluble, cuyo efecto pudiera limitarse al estómago (Bouchardat).

1.°—ENVENENAMIENTOS POR LOS ÁCIDOS.

§ I.—Signos.

Sabor ácido, quemante, desagradable; calor acre en el fondo de la garganta, en el estómago, y despues en el abdómen; aliento fétido, sed ardiente, hipo y ganas de vomitar; vómitos algunas veces mezclados con sangre, que dan *color rojo á la tintura de girasol y efervescen en los ladrillos;* extreñimiento, ó bien deyecciones abundantes, dificultad de orinar; pulso frecuente y regular; escalofrios, sudores frios y pegajosos; cara pálida y lívida; interior de la boca y

de los labios negro *(ácido sulfúrico)*, rojo *(ácido clorhídrico)* ó amarillo *(ácido nítrico ó azoótico)*.

Muchas veces los dolores son atroces, que arrancan gritos y vociferaciones, que hay una violenta agitacion, y que pueden sobrevenir el delirio y el coma al acercarse la muerte.

Cuando se han calmado estos primeros síntomas, si no se ha tomado el veneno en bastante cantidad para causar rápidamente la muerte, se desarrolla fiebre, los dolores del conducto digestivo persisten, aunque en menor grado, muchas veces se hace la tos frecuente y pertinaz, y los enfermos se restablecen lentamente, conservando en gran número de casos vestigios de la enfermedad despues de su curacion.

§ II.—Tratamiento.

El *contraveneno solo basta* para restablecer al enfermo, sin que sea necesario recurrir á los evacuantes y á los agentes sustitutivos.

El uso de la *magnesia*, de los *carbonatos alcalinos* y del *jabon*. Esto es muy racional, pero no basta.

Se administra la *magnesia calcinada en exceso*, aunque preferimos la *magnesia hidratada*. Esta tierra alcalina reune preciosas ventajas, es inofensiva, purgante, insoluble, y puede llegar al intestino delgado y saturar el ácido que ha podido quedar en él; pero su insolubilidad la hace insuficiente para llenar la indicacion principal. He probado que en los casos de envenenamiento por el ácido sulfúrico, este ácido era absorbido, y que llegando á la sangre, podia determinar la formacion de coágulos, que detenian la circulacion y acarreaban la muerte; es, pues, menester perseguir este ácido sulfúrico absorbido, lo cual es muy fácil administrando *despues de la magnesia* una *sustancia alcalina soluble*, que siendo rápidamente absorbida, va á disolver los coágules que empezaban á formarse. Ninguna materia conviene mejor, bajo este punto de vista, que el *bicarbonato de sosa*. Pero no se le debe administrar antes de la magnesia, porque el desprendimiento considerable de ácido carbónico que se seguiria á su inmediato uso, podria facilitar las perforaciones del estómago, que tanto son de temer en los casos de envenenamiento por los ácidos. La magnesia no presenta este peligro, y por lo tanto conviene saturar primero con ella los ácidos contenidos en el aparato digestivo.

1.° *Magnesia calcinada, hidratada:* de 20 á 50 gramos desleidos en un litro de agua.

Despues de usar la magnesia se prescriben abundantemente *soluciones de bicarbonato de sosa:* 10 gramos de esta sal por un litro es una proporcion conveniente.

Tambien se ha prescrito en los casos de *envenenamiento por el azul líquido*, por el *ácido sulfúrico* mezclado con su peso de agua, y por el *ácido nítrico*.

Conviene advertir que este tratamiento no puede aplicarse á los casos de envenamiento por ácidos cuyas sales sódicas son venenosas, tales como el ácido arsénico, etc. (Bouchardat.)

2.°—ENVENENAMIENTO POR LOS ÁLCALIS Y LAS SALES DE QUE FORMAN LA BASE.

§ I.—Signos.

Sabor acre, cáustico y *urinoso;* convulsiones violentas y dolores con frecuencia muy vivos.

La materia de los vómitos es jabonosa, grasa al tacto, vuelve el color azul á la tintura de tornasol enrojecida por los ácidos, enrojece el papel de cúrcuma, enverdece el jarabe de violetas, y no efervesce sobre los ladrillos. Por otra parte, los demás síntomas son casi semejantes á los del envenenamiento por los ácidos. Los *álcalis cáusticos* reblandecen la mucosa bucal y perforan el estómago.

§ II.—Tratamiento.

Los medios de tratamiento no se aplican tan generalmente á sus álcalis y á sus sales como á los ácidos; es, pues, necesario despues de haber expuesto el tratamiento en general, entrar en algunos pormenores.

Tratamiento en general.—Dar ácidos vegetales dilatados en agua, tales como el *vinagre*, el *limon* y el *ácido tartárico.* En los casos de envenenamiento por la potasa y sus compuestos, la limonada tartárica es, como ha hecho notar Bouchardat, la que se debe preferir, porque de todas las sales de potasa, el bitartrato es la mas inofensiva. En seguida se administra una *pocion oleosa (aceite de almendras dulces)* y *agua tibia* en abundancia. Por último, se ha recurrido á los *emolientes* interior y exteriormente, y á las *sanguijuelas* si se desarrollan violentos accidentes inflamatorios.

Hígado de azufre *(sulfuro de potasa).*—En este envenenamiento, notable por el *olor á huevos podridos que se exhala de la boca y de las narices*, los ácidos, como hace notar Devergie, serian perjudiciales, porque pondrian á descubierto el ácido hidrosulfúrico, que es un veneno muy activo.

Provocar inmediatamente el vómito por la ingestion de una gran cantidad de agua templada, y por *abundantes bebidas mucilaginosas*, por la *titilacion de la campanilla*, y si los vómitos fuesen rebeldes, seria necesario recurrir á la *bomba esofágica.* No se puede provocar el vómito con el tártaro emético, ni con los sulfatos de cobre ó de zinc, porque estas sales se descomponen por el súlfuro alcalino. Despues se administran mientras los vómitos tengan olor de huevos podridos, una solucion compuesta de diez gramos de *protos*

mejor de *persulfato de hierro en un litro de agua y 200 gramos de azúcar*. En lugar del sulfuro de potasa venenoso, se forma un sulfato de potasa purgante y sulfuro de hierro insoluble.

Barita *y sus compuestos*.—Se debe administrar el *sulfato de potasa, de sosa* ó *de magnesia* á la dósis de 12 gramos por litro de agua, y despues *expeler por el vomitivo el producto de la neutralizacion química*.

Amoníaco líquido *y sus compuestos*.—Primero un *vomitivo*, despues *una gran cantidad de agua* y *recurrir de nuevo al emético*.

3.° ENVENENAMIENTO POR EL ARSÉNICO.

Al envenenamiento por el *ácido arsenioso (arsénico)* es al que limitaremos los detalles de este artículo, porque los envenenamientos por las demás preparaciones arsenicales no presentan nada de particular, y por otra parte, porque en la mayoría de los casos es el ácido arsenioso quien los produce.

El envenenamiento puede tener lugar por el arsénico tomado al interior, ó por su aplicacion exterior.

§ III.—Síntomas, curso, duracion y terminacion.

I. *Envenenamiento por el arsénico tomado al interior*.—El principio del envenenamiento arsenical interno, es siempre violento cualquiera que sea el resultado. La época en que se presentan los primeros accidentes, despues de la ingestion del veneno, es siempre variable. Aparecen lo mas frecuentemente despues de una hora; en algunos casos, solo se desarrollan dos ó cuatro horas despues de la administracion del veneno.

El envenamiento por el arsénico, bajo el punto de vista de la marcha de los síntomas, presenta cuatro formas distintas; sobre aguda, latente, subaguda ó lenta.

A. *Forma sobre aguda*.—El individuo envenenado experimenta primero en la garganta una sensacion de calor acre, mas ó menos quemante y náuseas; presenta vómitos abundantes, compuestos primero de sustancias alimenticias y despues de sustancia blanquecina. Se queja de sed ardiente, y las bebidas reproducen sin cesar los vómitos; se observa tambien dolor epigástrico, que se exaspera á la presion, y particularmente cefalalgia violenta y fija. La alteracion de las facciones, enfriamiento de las extremidades, la extrema debilidad, la tendencia al síncope, la pequeñez del pulso que apenas se percibe, demuestran desde el principio la gravedad. Las evacuaciones albinas suceden ó acompañan á los vómitos, son á veces involuntarias y formadas por una diarrea serosa y blanca. En los músculos de los miembros se presentan calambres dolorosos. La cara, primero pálida, toma el color morado de la cianosis; las fuerzas decre-

cen con rapidez y la piel se pone helada; se suprimen las escreciones, y la muerte sobreviene en un período de tiempo que varía entre cinco y doce ó veinte horas, á contar desde el momento en que se declaran los primeros signos del envenenamiento.

B. *Forma latente.*—En ciertos casos raros no se presentan ni vómitos ni evacuaciones, la piel se pone fria y el pulso es tranquilo. Hay una gran apariencia de calma, pero se experimentan desvanecimientos muy pronto seguidos de soñolencia, en medio de la que se atiende herida sin agonía, pero en pocas horas y tan deprisa como en la forma precedente.

C. *Forma sub-aguda.*—Es la mas comun. Los vómitos muy abundantes y repetidos al principio, cesan despues de uno ó dos dias, y con la desaparicion de este penoso síntoma, coincide una aparente mejoría. El vientre está indolente, la lengua natural y la respiracion normal, pero la acritud de la garganta, la sed y el enfriamiento general, persisten, así como una gran debilidad y una constante irregularidad del pulso y de los latidos del corazon, opresion y disnea penosas y supresion de la orina. La sensacion mas incómoda es una constriccion espasmódica de la garganta que produce deglucion dolorosa y á veces de una especie de quemadura que se extiende desde la boca al ano. Con frecuencia se presentan fenómenos de reaccion. El vientre se pone duro, abultado, tensible, la fiebre se desenvuelve, y el pulso se hace frecuente y fuerte. Desaparece el sueño, la agitacion, y los movimientos espasmódicos alternan con pasajeros desfallecimientos. La cara presenta una alteracion particular, y está como hinchada y teñida de un rojo oscuro. La lengua está roja y seca, la sed es inextinguible; la garganta siempre dolorosa, la respiracion difícil y embarazada. En este período, del segundo al quinto dia, se ven aparecer con frecuencia erupciones de diversas formas que ha descrito mejor que nadie el doctor Imbert-Gourbeyre (1), constituyendo ya diversas manchas petequiales, ya elevaciones vesiculosas ó papulosas, bien placas de urticaria, bien verdaderas pústulas; y en algunos casos raros, se ha visto sobrevenir una verdadera ictericia. En medio de estos desórdenes, la inteligencia queda intacta, pero la apariencia de la reaccion dura poco, el pulso desciende y se hace frecuente y débil; los sentidos se oscurecen por momentos, aparece subdelirio, las extremidades no se enfrian, los calambres no se suspenden, y la muerte pone fin á esta escena cruel despues de dos á seis ó diez dias. Esta terminacion, sin embargo, no es completamente fatal, los accidentes pueden detenerse.

Cuando el envenenamiento arsenical tiende á la curacion, se ve despues de los vómitos y de las evacuaciones, siempre abundantes, descender lentamente los principales síntomas; la fiebre, la cefa-

(1) Imbert-Gourbeyre, *Histoire des eruptions arsenicales (Moniteur des hôpitaux*, 1857, núm. 153).

lalgia, el dolor en el hueco epigástrico, los calambres persisten aun durante algun tiempo, pero la secrecion urinaria se restablece, la piel recobra sus funciones y se cubre de sudor, y con frecuencia presenta las erupciones antes mencionadas. El enfermo permanece, sin embargo, con tendencia á la soñolencia, atormentado de retintin en los oidos, y se percibe en el corazon el soplo anémico. La curacion se verifica de un modo mas ó menos difícil, en un tiempo que varía de doce á quince dias, ó de uno á dos ó tres meses. Por poca gravedad que hayan tenido los accidentes, la curacion es rara vez completa, y el envenenamiento deja en pos de sí una dispepsia muy rebelde y debilidad persistente.

D. *Forma lenta.*—Resulta lo mas comun de la administracion de dósis repetidas y sucesivas del veneno. Los primeros síntomas, que desde el principio presentan su grado de violencia mas ó menos considerable, se limitan á algunos vómitos, que se suspenden pronto. Pero despues de un tiempo variable, se ven aparecer los accidentes que siguen por lo general á la ingestion del veneno, especialmente la acritud y calor quemante en la garganta y en el estómago. Los vómitos reaparecen y duran mas que la primera vez, y van acompañados de esfuerzos penosos y de vomituraciones. Se observan tambien, no simples intervalos de remisiones, sino alternativas múltiples de convalecencias aparentes, y de verdaderas recaidas. Los vómitos son frecuentes y biliosos, provocados por toda sustancia ingerida, acompañados de cólicos violentos y digestiones difíciles. El enfermo, fatigado de dolores y laxitud en los miembros, experimenta vértigos, y no puede tenerse de pié. Epistaxis y hemorragias diversas, manchas petequiales, erupciones miliares, hacen por intervalos su manifestacion. A veces síncopes ó ataques convulsivos, demuestran la profunda alteracion de síntoma nervioso. La alteracion progresiva de las facciones, la progresiva demacracion, dan la apariencia de una vejez anticipada. Los dolores de las articulaciones, se extienden á la columna vertebral, y se complican con contracturas de los dedos ó con temblores. La sensibilidad de la piel se encuentra con frecuencia sobrexcitada, sobre todo en las extremidades, presentando comezones insoportables y bruscas sensaciones de calor y frio. En fin, se pierden los movimientos, y se declara la paraplegia, sea solo de los miembros, sea dotada la mitad inferior del cuerpo. Estos accidentes pueden prolongarse durante meses y aun años, pero terminan fatalmente por el progreso de los desórdenes nerviosos, y por la alteracion mas ó menos profunda de las mismas fuentes de la vida.

II. *Envenenamiento por el arsénico aplicado al exterior.*—El envenenamiento arsenical externo, puede determinarse tanto por aplicaciones repetidas y contínuas de una preparacion medianamente activa, tal como una pomada ó agua arsenical, ó por una aplicacion única de una composicion enérgica, como las pastas y los polvos. En el primer caso, al cabo de algunos dias, seis ó siete en general, á

veces un poco mas, se manifiestan síntomas de irritacion local, como dolores, tumefaccion, rubicundez erisipelatosa de la parte directamente atacada por la preparacion tóxica. Estos accidentes van muy pronto seguidos de fiebre, calor general, sed intensa, vértigos, cardialgia y debilidad sincopal. Se declaran los vómitos, despues la dificultad de orinar, sin evacuaciones alvinas; alteraciones nerviosas de apariencia grave, temblor, delirio, atontamiento, forman el cortejo sintomático. Sobreviene á veces erupcion miliar en las manos y en los piés, y si se ha tenido cuidado de suspender el empleo del compuesto arsenical, todos estos accidentes desaparecen por lo general en seis ó en ocho dias.

En el segundo caso, despues de un tiempo variable, generalmente de diez á doce horas despues de la aplicacion del compuesto arsenical, se repiten con frecuencia los vómitos biliosos precedidos de náuseas; van seguidos de evacuaciones líquidas constantemente sanguinolentas, epistaxis, calofrios, fiebre con secura de la piel, ardor en la garganta; sed inextinguible, ausencia total de la orina. Al mismo tiempo se presentan dolores agudos en el sitio en que se ha verificado la aplicacion. Tal estado puede continuar muchos dias; los vómitos y las evacuaciones alvinas persisten y se aumentan; la fiebre es de las mas intensas; sin embargo, las extremidades se enfrian, la lengua se seca, y aumenta el dolor epigástrico. Hay tendencia al atontamiento y al desfallecimiento, la opresion aumenta y la respiracion se hace sonora y agitada. La postracion es extrema, los ojos se inyectan de sangre, la vista se altera, la voz se extingue casi, la palabra se hace breve y refrenada; á veces, por el contrario, hay mucha agitacion, el pulso está lleno y rebotante, hay dolores intensos, agudos que atraviesan los miembros; la piel presenta petequias, el enfriamiento invade todo el cuerpo, y la muerte se verifica del sesto al octavo dia (1).

§ IV.—Lesiones anatómicas.

El cadáver de los individuos envenenados por una preparacion arsenical, presentan un estado de conservacion que suele ser extraordinario.

Generalmente no existe ninguna alteracion en el interior de la boca, en las fáuces ni en el esófago.

El estómago presenta lesiones mas constantes; tales son cuatro ó cinco placas de color rojo morado, formadas por una infiltracion sanguínea sub-mucosa. Mas rara vez este órgano es asiento de un verdadero flemon, y las placas toman un aspecto gangrenoso.

En el resto del tubo digestivo se encuentran diseminadas algunas efusiones sanguíneas, arborizaciones de un rojo mas ó menos pro-

(1) Tardieu, *Étude médico legale sur l'empoisonnement*. Paris, 1866.

nunciado, pero la lesion mas culminante es una especie de erupcion sorentérica formada por el desarrollo de folículos aislados y muy semejantes á las que se observan en el cólera.

El hígado se ve con frecuencia aumentado de volúmen; los pulmones están simplemente infartados ó sembrados en su superficie de equímosis sub-pleuríticos, anchos y difusos, y en su espesor se descubren á veces algunos focos apoplécticos. La sangre contenida en las cavidades del corazon es generalmente flúida y de color de heces de vino.

§ V.—Tratamiento.

El tratamiento del envenenamiento por el arsénico debe principalmente dirigirse segun las indicaciones generales, favoreciendo primero la expulsion del veneno ingerido, mas tarde eliminacion fisiológica del veneno absorbido y levantar las fuerzas y reanimar el color.

En los casos ordinarios de envenenamiento por el arsénico, es decir, cuando el arsénico se ha ingerido bajo la forma de polvo á penas hay confianza en emplear los llamados contravenenos, el *hidrato de sesquióxido de hierro* (preparado precipitando el persulfato de hierro por el amoniaco ligeramente en exceso) ó el *hidrato de magnesia*. Pueden servir mecánicamente para envolver el veneno y facilitar su expulsion fuera del estómago; pero en este concepto no presentan mas ventajas que la albúmina y los líquidos mucilaginosos. El hidrato de magnesia preparado segun la fórmula de Bussy (1), se administra á altas dósis en leche ú otro líquido emoliente, y se forma entonces un compuesto relativamente poco soluble de arsenito de magnesia, pero los arsenitos que son insolubles en el agua lo son en los líquidos, ácidos del estómago, y obran como enérgicos venenos.

Cuando el arsénico se ha ingerido en solucion, el hidrato de óxido de hierro dado á altas dósis precipitará el veneno en forma de compuesto insoluble, y podrá ser ventajoso; se podrá tambien emplear una mezcla de hidrato de magnesia y de persulfato de hierro. Los dos antídotos químicos se encuentran reunidos, y el sulfato de magnesia producido por la descomposicion tiende á obrar sobre el intestino y facilitar la expulsion del veneno por cámaras (2).

Cuando el arsénico se expulsa completamente por evacuaciones alvinas no hay ningun inconveniente en emplear los diuréticos, pero podria preguntarse si en este caso no se curaria el enfermo del mismo modo sin emplear este recurso. El aceite de ricino, por ejemplo, expulsará en pocas horas tanta cantidad de veneno como lo harian

(1) Bussy, *Annuaire de thérapeutique*, 1847, p. 291.
(2) Voy. Taylor, *On Poisons*, p. 383.

en muchos dias los diuréticos. Es menester no olvidar que el arsénico es un veneno hipostenisante por excelencia y sin entrar en las exageraciones de los partidarios de la doctrina italiana, se recurrirá con ventajas al opio, al vino, á la tintura de canela y á las preparaciones de quina, cuando haya pasado el período del verdadero tratamiento químico.

4.° ENVENENAMIENTO POR LOS ANTIMONIALES.

§ I.—Signos.

Sabor desagradable, náuseas, vómitos frecuentes y abundantes, constriccion faríngea y esofágica, calor y dolor en el epigástrio; cólicos, evacuaciones frecuentes y abundantes; disnea, postracion, lipotimia, enfriamiento de las extremidades, ojeras, cara pálida, sudores frios y viscosos.

§ II.—Tratamiento.

Si se supone que toda la sustancia tóxica no se ha arrojado con los vómitos y las evacuaciones alvinas, se puede tratar de neutralizar lo que quede por medio de la administracion de *sustancias ricas en tanino*, cocimiento de *nuez de agalla*, de *quina*, *ratania*, *catecú*, etc. Pero rara vez hay ocasion de recurrir á estos medios. Se recurrirá á combatir los fenómenos característicos de la hipostenia por las *fricciones estimulantes*, por la administracion al interior de los *alcohólicos* y de los *tónicos*.

5.° ENVENENAMIENTOS POR LAS PREPARACIONES MERCURIALES SOLUBLES.

§ I.—Signos.

Sabor metálico, acre; sensacion de quemadura y de constriccion en la garganta; constriccion del estómago y de los intestinos; náuseas y vómitos cuya *materia no efervesce sobre los ladrillos*, y no obra *sensiblemente sobre el papel de tornasol;* eructos frecuentes y fétidos; hipo, emision de orina difícil, dolor y tumefaccion del vientre; deyecciones alvinas, muchas veces sanguinolentas; pulso pequeño, contraido y algunas veces desigual y á veces fuerte. Calambres, frio en las extremidades, postracion; descomposicion de la cara, á veces ereccion del pene; inflamacion de la boca y de la faringe, y salivacion.

Estos síntomas se refieren principalmente al *envenenamiento por el deutocloruro de mercurio* (sublimado corrosivo), pues no tenemos lugar para indicar detalladamente los envenenamientos por las de-

más sales. En efecto, no se diferencian sino en la mayor ó menor violencia de los accidentes; y la relacion es bien sencilla, y es que, como lo ha demostrado Mialhe (1), una parte de estas sales de mercurio introducida en la economía, se cambia en deutocloruro, y esta parte es la única activa, ya como medicamento, ó ya como veneno.

§ II.—Tratamiento.

Orfila ha descubierto que la *albúmina* era un excelente contraveneno del sublimado corrosivo; en efecto, se ha reconocido su eficacia con numerosos experimentos: esta es una sustancia de un uso frecuente, al alcance de todo el mundo y completamente inofensiva.

Desde los primeros síntomas que caracterizan el envenenamiento mercurial, se hará tomar al enfermo *algunos vasos de claras y yemas de huevo desleidas en agua*. Se *evitará dar un grande exceso de albúmina*, que si no fuese vomitada podria disolver una pequeña parte de precipitado á medida que se formase.

Al mismo tiempo será bueno hacer tragar, y lo mas pronto que se pueda, *cincuenta gramos de jalea de persulfuro de hierro*, ó *diez gramos de hierro reducido por el hidrógeno; favorecer los vómitos y las evacuaciones alvinas por abundantes bebidas acuosas* ó *mucilaginosas*. Cullerier ha podido salvar doscientos enfermos que habian tomado un exceso de sublimado corrosivo, haciéndoles beber á cada uno en las veinticuatro horas de *siete á ocho litros de leche*, *de cocimiento de semilla de lino* y de *agua tibia*.

Mialhe sienta como principio que es necesario recurrir exclusivamente al *protosulfuro de hierro hidratado*. Destruye completamente las propiedades venenosas del sublimado corrosivo, si es *administrado á dósis suficiente inmediatamente despues de la ingestion de este veneno*, y que es *ineficaz si no se le ha dado al cabo de diez á quince minutos*.

Se debe mirar siempre á la *albúmina* como un contraveneno precioso, porque se puede casi siempre tener mas á mano y pronto que el sulfuro de hierro hidratado.

Para preparar el protosulfuro de hierro hidratado, se hace disolver una cantidad cualquiera de protosulfato de hierro puro á lo menos en veinte veces su peso de agua destilada, privada de aire por la ebullicion, y se produce la precipitacion de la sal ferrosa por medio de una cantidad suficiente de sulfhidrato de sosa ó de amoniaco igualmente disuelto en agua destilada no aireada. Se lava en seguida con agua pura hervida el protosulfuro obtenido, y se le conserva en un frasco con tapon esmerilado lleno de agua destilada. (Mialhe.)

Los demás envenenamientos por las sales mercuriales deben ser

(1) Mialhe, *Art de formuler*. Paris, 1845, p. CLXXIV y siguiente.

tratados de la misma manera, y no hay mas que una excepcion, y es relativamente al *envenenamiento por el cianuro de mercurio*. En este envenenamiento no basta el hidrato de protosulfuro de hierro; pero Mialhe ha encontrado un verdadero contraveneno, que consiste en *añadir al hidrato de sulfuro de hierro cerca de la cuarta parte de magnesia calcinada*.

Se insistirá en el tratamiento de los *accidentes consecutivos*, segun las *indicaciones*, y sin idea sistemática preconizada.

6.° ENVENENAMIENTO POR LOS PREPARADOS DE COBRE.

§ I.—Signos.

Sabor desagradable, vómitos repetidos y dolorosos; dolores violentos de vientre, *deyecciones frecuentes verdes y porráceas*; convulsiones, postracion, pequeñez de pulso; alteracion de las facciones; ansiedad precordial, síncopes, dificultad creciente de respirar; á veces parálisis é insensibilidad general.

Averiguar si queda algun líquido de color azul, y el medio mas sencillo para conocer el cobre en este líquido es acidularle, y suspender en él por medio de un hilo *una aguja de acero, que se cubre de una capa de cobre*.

§ II.—Tratamiento.

El mejor contraveneno de las sales de cobre es el *hierro reducido por el hidrógeno*; pero es menester *administrarle en cantidad por lo menos igual á la de la sal de cobre ingerida*.

Si se tiene á su disposicion el *hidrato de persulfuro de hierro*, se le prescribirá igualmente con muchas ventajas. Se pueden dar 100 *gramos* de *jarabe* simple.

Si no se tuviere inmediatamente á mano hierro reducido por el hidrógeno, ni el nitrato de persulfuro de hierro, no hay que vacilar, es menester administrar el *agua albuminosa* (seis claras de huevo desleidas en un litro de agua; la albúmina forma compuestos insolubles con las sales de cobre. (Bouchardat.)

Las mismas observaciones tengo absolutamente que hacer respecto del *protosulfuro*; los experimentos de Mialhe, están en favor del *protosulfuro*.

En cuanto al *azúcar*, que se ha mirado como un contraveneno, no obra sino retardando la absorcion de la sustancia venenosa. (Bouchardat.)

Boucher ha publicado observaciones que demuestran que la *magnesia calcinada* ha detenido enteramente los síntomas del envenenamiento por el sulfato de cobre, y probablemente de otras sales de este metal.

Administrar el contraveneno lo mas pronto posible y á la dósis de 8 gramos de antídoto por un gramo de sulfato.

El *tratamiento de los accidentes consecutivos* es el mismo que en los envenenamientos precedentes.

7.° ENVENENAMIENTO POR LAS PREPARACIONES DE ESTAÑO, DE BISMUTO, DE ZINC, DE PLATA, DE ORO Y DE PLATINO.

§ I.—Tratamiento.

Estaño.—Los dos contravenenos principales son la *leche*, propuesta por Orfila, y el *protosulfuro de hierro*, recomendado por Mialhe. La primera tiene la ventaja de encontrarse fácilmente en abundancia, y el segundo precipita mas completamente la sal de estaño. La *magnesia*, la *albúmina*, la *nuez de agalla*, y despues los *mucilaginosos* y los *opiados* presentan tambien ventajas.

Zinc.—Los contravenenos propuestos son: el *agua albuminosa*, la *leche* y el *bicarbonato de sosa*.

Habiendo sido llamado Stratton (1) para una persona que habia tragado una solucion de 10 gramos de cloruro de zinc y que experimentaba accidentes graves, hizo cesar pronto estos accidentes administrando á cortos intervalos de tres á cuatro azumbres de una fuerte *solucion de jabon negro*, y dando en seguida aceite de olivas. Citamos este remedio porque es fácil adquirirle.

Plata.—El principal contraveneno es el *hidroclorato de sosa* (sal marina) en solucion.

Oro y platino.—Tadavía no se conocia ningun contraveneno cuando Mialhe manifestó que el *protosulfuro de hierro hidratado* es el antídoto por excelencia en el envenamiento por las sales de oro y de platino.

8.° ENVENENAMIENTO POR EL FÓSFORO.

Desde hace quince años, los envenenamientos por el fósforo, se multiplican en Francia de un modo funesto, llegando y aun sobrepujando hoy á la obra de los envenenamientos por el arsénico.

El fósforo ordinario es venenoso en alto grado. Bastan algunos decígramos para producir la muerte á un hombre adulto.

El envenenamiento por el fósforo es unas veces rápido, y otras lento, pudiéndose reconocer en sus síntomas tres formas distintas: una forma comun, otra nerviosa y otra hemorrágica. En ciertos casos, estas tres formas pueden sucederse y no constituir mas que períodos del envenenamiento, pero tambien pueden presentarse aisladamente.

(1) Stratton, *Union médicale*, 11 Octubre 1849.

§ I.—Síntomas, curso, duracion y terminacion.

Por soportables que sean el sabor y olor de las mezclas y brevajes fosforados, en el momento de la ingestion, hacen por lo general experimentar al olfato y al gusto, una sensacion bastante desagradable, asemejada por algunos al olor del azufre. En el momento mismo, sobre todo si el fósforo no está muy dividido ó se ha administrado en estado sólido, sobrevienen eructos aliáceos, y á veces fosforescentes. No hay dolor inmediato en la boca, ni en las fauces, ni en el esófago. Los síntomas solo se declaran muy tarde, despues de un tiempo variable, entre cinco y seis horas, y á veces mas lejano, pudiendo llegar hasta doce ó diez y ocho horas.

A. *Forma comun.*—Los envenenados se quejan de dolor en la garganta, tumefaccion de la lengua, y á veces, pero no siempre, calor penoso, que puede ser quemante, en el epigástrio. Hay malestar, agitacion, náuseas sin vómitos, y despues vómitos mas ó menos tardíos, mucosos, biliosos, rara vez sanguinolentos, haciéndose luminosos en la oscuridad. Estos vómitos pueden faltar completamente, y cuando aparecen van seguidos de algun alivio, apareciendo despues cólicos y diarrea. El estómago y el vientre están sensibles á la presion, la fisonomía se encuentra medianamente alterada, pero la inteligencia no experimenta modificacion alguna. En el espacio de veinticuatro á treinta y seis horas se detienen los vómitos, los enfermos pueden entregarse á sus ocupaciones, quedando algunos dolores vagos, erráticos en los miembros, y especialmente en los riñones. El pulso es pequeño, depresible y siempre lento. Esta sedacion aparente puede prolongarse durante dos, tres ó cuatro dias, á veces mas, y la curacion aparece asegurada; los individuos envenenados mueren de pronto sin haber presentado otros síntomas.

Sin embargo, es mas frecuente que del segundo al cuarto dia aparezca ictericia, limitada á los ojos unas veces y otras general; á las alteraciones indicadas antes se unen cefalalgia, insomnio, tenesmo vesical con retencion de orina. La orina evacuada por el cateterismo se presenta francamente ictérica y á veces albuminosa. Los vómitos reaparecen por intervalos, se presentan evacuaciones albinas dolorosas, que suelen ser involuntarias. Despues, de pronto, sobreviene delirio agudo, seguido de coma y de la muerte, en el espacio de seis á diez ó doce dias.

B. *Forma nerviosa.*—En otros casos, al mismo tiempo que se presenta el dolor de la garganta y el epigástrio, las náuseas, generalmente sin vómitos, se observa desde el principio, entumecimiento de los miembros, hormigueos, calambres dolorosos, alteraciones diversas de la sensibilidad y síncopes repetidos. La postracion es extrema, la piel seca y la voz extinguida. No hay fiebre, pero sí gran debilidad y soñolencia. En es[illegible] omo tampoco en otras formas de

envenenamiento por el fósforo, no hay la menor excitacion venérea. Aparece la ictericia, y sobre la piel amarillenta se presentan placas eritematosas. Del quinto al sesto dia, á veces mas tarde, se declara de pronto el delirio. Despues de un período de agitacion convulsiva, mas ó menos largo, el enfermo cae en el coma, y la muerte se produce en un espacio de tiempo, que en la forma precedente rara vez pasa del segundo setenario.

C. *Forma hemorrágica.*—En esta forma la invasion no difiere de lo expuesto anteriormente. Los vómitos son frecuentemente constituidos por sangre, á los que siguen cámaras sanguinolentas y líquidas acompañadas de tenesmo. Infarto edematoso del hígado; los latidos del corazon son débiles y sordos; la debilidad general es considerable. Despues de muchos dias de esta situacion sobreviene, una mejoría aparente; solo de cuando en cuando aparecen algunos cólicos y evacuaciones acompañados de algo de sangre. Al cabo de tres semanas ó de un mes aparecen hemorragias, que se repiten y multiplican por todas las vias, estómago, pulmon, nariz, oido, matriz y vejiga. La sangre expulsada es muy flúida, y se forman petequias en la piel. La ictericia no aparece al principio, pero se presenta por lo general despues. La debilidad crece, la caquexia anémica llega al grado máximo, y produce accidentes nerviosos cada vez mas frecuentes y mas graves, y la muerte termina esta forma lenta, cuya duracion puede ser de muchos meses.

La curacion del envenenamiento por el fósforo, cuando no aborta desde el principio y cuyos efectos no se manifiestan, es por lo general excepcional. En los casos en que se verifica la curacion queda una debilidad persistente y parálisis parciales (1).

§ II.—Tratamiento.

Hasta ahora no se conocen antídotos del fósforo; la intervencion médica no es en realidad eficaz, sino cuando la sustancia tóxica puede evacuarse con rapidez por medio de eméticos y bebidas mucilaginosas abundantes. Es necesario abstenerse de administrar el aceite, que haria mas soluble el fósforo y facilitaria su absorcion. Es inútil que se ensaye la magnesia, el agua albuminosa, el azufre y los tónicos.

1.°—ENVENENAMIENTO POR EL HIDRÓGENO SULFURADO.

§ I.—Signos.

A este envenenamiento están principalmente expuestos los trabajadores que bajan á los *pozos de aguas inmundas*. El *hidrosulfato de*

(1) Tardieu, *Étude médico-légale sur l'empoisonnement*. Paris, 1866.

amoniaco y el *ácido hidrosulfúrico* son los dos gases que constituyen el *tufo*, expresion que designa la exhalacion deletérea y los accidentes que produce.

Algunas veces los sugetos caen como ***heridos del rayo;*** pero en los casos menos violentos hay dolores muy vivos en el epigástrio, artralgia y cefalalgia; constriccion faríngea, náuseas y lipotimias; á veces delirio, convulsiones, risa sardónica, gritos; despues cara lívida, espuma sanguinolenta en la boca, irregularidad del pulso y todos los síntomas de la asfixia.

§ II.—Tratamiento.

Hacer ***respirar lo mas pronto posible cloro con precaucion.*** Labarraque salvó á un pocero asfixiado, poniendo bajo su nariz diversas veces un lienzo empapado en una ***solucion de cloruro de sosa.***

Si no se tuviera el cloruro de sosa á mano, como el éxito depende de la rapidez con que se administran los socorros, es fácil encontrar el *agua de Javelle*, que es el ***cloruro de potasa***, y se empapará en él un lienzo, que se pasará con precaucion debajo de la nariz del asfixiado. Se pudiera ***activar*** el ***desprendimiento del cloro***, si fuese necesario, vertiendo ***algunas gotas de vinagre*** sobre el lienzo empapado en agua de Javelle. Tambien se pudiera, como propone Mialhe, obtener un desprendimiento lento y gradual del cloro, poniendo dentro de ***una compresa un puñado de cloruro de cal***, y vertiendo sobre esta compresa ***algunas gotas de vinagre.***

Cuando el enfermo empieza á respirar es necesario ***exponerle al aire libre***, llamar el calor á la piel ***frotándole fuertemente con un cepillo de crin***, envolviéndole en ***cubiertas calientes.*** Se hará una ***sangría***, y despues se administrará una ***pocion antiespasmódica con dos gramos*** (media dracma) ***de éter.***

El ***amoniaco*** respirado con precaucion es útil, como lo ha reconocido Orfila, para reanimar al enfermo.

10.—ENVENENAMIENTO POR LOS DRÁSTICOS.

Reuniremos bajo este título cierto número de agentes empleados en terapéutica tomados del reino vegetal, y que tienen de comun la produccion de efectos purgantes muy violentos. Citaremos entre los mas usados la ***brionia, elaterio, resina de jalapa, coloquintida, goma gutta, aceite de crotontiglio, resina de euforbio, sabina, estafisagria, narciso de los prados, colchico, graciola, ranúnculo, agrio, anemona pulsatila, clematides de los setos***, etc. El principio activo de estas diversas sustancias no es el mismo; **la veratrina es, sin embargo, el mas notable y generalizado.**

§ I.—Síntomas y lesiones.

Sus efectos son asímismo muy semejantes; al exterior determinan en la piel irritacion local; al interior, á dósis venenosas muy variables para cada una de las sustancias y segun los individuos, determinan algun tiempo despues de la ingestion dolores, quemantes en el vientre, náuseas, vómitos muy copiosos, biliosos, evacuaciones albúminas abundantes, disentéricas, coleriformes, seguidas de enfriamiento general, pequeñez del pulso, postracion, convulsion, y por fin parálisis. La muerte se verifica en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y la autopsia encuentra los intestinos mas profundamente lesionados que el estómago, llenos de un líquido blanquecino y sanguinolento, y á veces de sangre pura; la membrana mucosa reblandecida, sembrada de ulceraciones de manchas negras y placas gangrenosas. Todas las vísceras, el hígado y especialmente el bazo, son asiento de un reblandecimiento profundo.

§ II.—Tratamiento.

Estas sustancias tóxicas no tienen contraveneno especial; es menester provocar el vómito por la titilacion de la campanilla, la administracion de bebidas abundantes mucilaginosas no tiene lugar. Dar enemas opiados, alcanforados é infusiones aromáticas adicionadas de tintura de canela, si hay colapso y refrigeracion. Despues de alcanzada la reaccion, recurrir al tratamiento antiflogístico, subordinado á las indicaciones particulares suministradas por la resistencia del individuo.

11.—ENVENENAMIENTO POR LAS CANTÁRIDAS.

La *cantárida oficinal* y muchas especies de la familia de las *cantáridas* (coleópteros heterómeros) contienen en sus tegumentos un principio activo que les hace emplear para los efectos farmacéuticos; pero que tiene una propiedad tóxica enérgica. El polvo de cantáridas y las diversas preparaciones que contienen cantáridas en estado de solucion, dan lugar á los mismos accidentes. Su intensidad varía segun la dósis, el modo de administracion, la edad y la fuerza de los sugetos.

§ I.—Signos.

El envenenamiento está caracterizado por dos distintos períodos. El *primero* es el que se observa mas generalmente. Poco tiempo despues la administracion, ó de la ingestion del polvo de cantáridas ó de su principio activo, el enfermo acusa una sensacion de quemadura en

la boca, el esófago y el estómago. Este dolor va casi siempre acompañado de una sensacion de constriccion en la garganta, que hace la deglucion tan difícil y dolorosa, que puede producir aversion á los líquidos, aunque el paciente experimente una ardiente sed. No se tarda en experimentar atroces dolores en los riñones, la uretra y la vejiga; con frecuencia estos dolores coinciden con un estado de priapismo fatigante y doloroso, pero rara vez con exaltacion venérea. Las propiedades afrodisiacas no están muy probadas (1). El enfermo solo puede expeler algunas gotas de orina sanguinolenta, que contiene gran proporcion de albúmina. Los dolores pueden hacerse tan violentos, que lleguen á arrancar gritos y dar lugar á un delirio á veces furioso. Sobrevienen vómitos y evacuaciones, en los que pueden encontrarse fragmentos brillantes de los elitros de las cantáridas cuando se ha ingerido el polvo de estos insectos. Si la dósis es considerable, y si los accidentes no se han combatido á tiempo, y si se ha verificado la absorcion de una fuerte porcion de cantaridina, el enfermo se enfria, la postracion se hace extrema, hay lipotimias, síncopes, sudores frios y abundantes, movimientos espasmódicos y convulsiones. El pulso se hace lento y filiforme, y el enfermo puede sucumbir en un estado de hipostenia notable.

§ II.—Tratamiento.

Si hay duda de que la sustancia tóxica permita en todo ó en parte en el estómago, es menester excitar el vómito por la titilacion de la campanilla y la ingestion de gran cantidad de agua templada ó medio vaso de agua emetizada. No se puede emplear la bomba gástrica en razon del estado de irritacion del esófago. Es necesario abstenerse de emplear el aceite, porque es uno de los mejores disolventes de la cantaridina, que aumenta la facilidad de la absorcion. Si las deyecciones albinas anuncian ya el paso del polvo de cantárida á los intestinos, los enemas ayudarán su expulsion y calmarán el tenesmo. Las preparaciones alcanforadas, que se han preconizado contra los accidentes producidos por las cantáridas, en razon de sus propiedades antifrodisiacas, solo pueden, administradas á altas dósis, complicar la situacion. Si los fenómenos de postracion no se pronuncian, se procurará eliminar el veneno por ingestion de bebidas acuosas abundantes, mucilaginosas ó lácteas y baños generales. En los casos en que los accidentes sean muy graves, se administrarán pociones cuya base esté formada por el agua de canela, láudano y jarabe diacodion. Despues se combatirán los accidentes gastro-entéricos que puedan persistir por el tratamiento antiflogístico.

(1) Véase S. Dieu, *Traité de matière médicale*, t. II, p. 36.—*Journal de chimie médicale*, Enero, 1847, p. 17.—A. S. Taylor, *On Poisons in relation to medical Jurisprudence and Medicine*, segunda edicion, p. 379.

12.° ENVENENAMIENTO POR LOS PESCADOS VENENOSOS (1).

Un cierto número de pescados de los mares que bañan las comarcas cálidas del globo, están dotados en ciertas épocas de propiedades tóxicas. Las especies indicadas hasta ahora, pertenecen á los grupos siguientes: 1.°, las *perchas*; 2.°, los *trigles*; 3.°, los *carangas*; 4.°, *spares* ó *pagres*; 5.°, los *gobioides*; 6.°, las *clupeas* ó *sardinas*; 7.°, los *diodons*; 8.°, los *tetrodons*.

Los colonos españoles designan con el nombre de *siguatera* el conjunto de accidentes que determinan los pescados toxicóforos. Esta designacion, consagrada por las costumbres locales, y expresando con precision un grupo bien determinado de fenómenos morbosos, merece ciertamente tomar derecho de domicilio en el lenguaje médico.

§ I.—Sintomas.

Los síntomas de la *siguatera* se dividen en dos grupos muy diversos; 1.°, los accidentes de indigestion grave ó envenenamiento gastro-entérico; 2.°, accidentes de algidez ó de presion, y ataxia nerviosa. Cada sugeto puede presentar, en variable proporcion, la mezcla de los dos órdenes de fenómenos.

Los accidentes gastro-entericos han sido los mas frecuentemente observados, son los que por lo comun inauguran el estado morboso, y le constituyen completamente cuando el envenenamiento presenta poca gravedad. Pueden manifestarse, bien por el uso de venenos tóxicos, como por la ingestion de pescados, que sin tener por sí propiedades perjudiciales, las adquieran por una alteracion química particular, procedente de una descomposicion pútrida, mediante la que los alimentos adquieren condiciones perjudiciales. Idiosincrasias verdaderamente excepcionales pueden dar lugar en algunas personas á fenómenos que pueden ser graves, y á la par de ellos, hay otros individuos que no experimentan ninguna alteracion comiéndolos. La forma gastro-entérica reproduce de un modo fiel la fisonomía de la indigestion grave; presenta de preferencia manifestaciones cutáneas (pápulas de urticaria, exantema escarlatiniforme) que faltan en los envenenamientos mas graves.

Los síntomas nerviosos de naturaleza asténica y atáxica presentan á la par fenómenos que recuerdan los producidos por diversos venenos vegetales. Así se ha observado disfagia, debilidad en las extremidades inferiores, con pérdida de conocimiento muscular; al-

(1) Véase Fonssagrives et Le Roy de Méricourt, *Recherches sur les poissons toxicophores exotiques des pays chauds* (*Annales d'hygiène*, 2.° série, t. XVI, p. 326); et Corre, *Note sur les poissons vénéneux* (*Arch. de méd. navale*, t. III, p. 136).

ternativas de parálisis y convulsion; alteraciones visuales con midriasis y algidez.

Cuando la *siguatera* afecta la forma gastro-entérica, el restablecimiento de la salud es por lo general pronto, mientras que los accidentes nerviosos dejan rastros profundos en la economía.

Además de la marcada fisonomía de estos síntomas, los conmemorativos y la simultaneidad de la explosion de las mismas alteraciones en otros varios individuos que hayan tomado igual alimento, hacen por lo general fácil el *diagnóstico*.

§ II.—Tratamiento.

Si los fenómenos comienzan poco tiempo despues de la comida, la primera indicacion es naturalmente provocar la expulsion del alimento tóxico (titilacion de la úvula, bebidas acuosas, sulfato de zin, bomba gástrica). Una vez llenada esta indicacion, si se manifiestan los fenómenos de absorcion, conviene recurrir á los excitantes difusivos y á los medios de calefaccion y revulsion cutánea. Los alcohólicos, el éter asociado ó no al opio, los sinapismos, los baños sinapizados, fricciones, paralizacion cutánea, el empleo del *revulsor* (1) á lo largo de la columna vertebral, constituyen la série de los medios que deben emplearse.

13.° ENVENENAMIENTO POR LAS OSTRAS, ALMEJAS, CANGREJOS, Y LANGOSTINOS (2).

Lo que hemos dicho de los pescados venenosos nos dispensa de extendernos sobre los que dan lugar ciertos animales de concha, de los que no podemos suponer que tengan momentáneamente propiedades tóxicas. La causa de las alteraciones producidas por estos alimentos es todavía tan oscura como las de algunos pescados. Ciertas personas, á consecuencia de una idiosincrasia permanente ó temporal, no pueden hacer uso aun en pequeña cantidad de la carne de los moluscos ó crustáceos sin ser afectados de fenómenos que solo se producen en otras de un modo eventual, ó despues de una copiosa comida.

Los fenómenos morbosos observados en estos casos son exactamente los mismos que los que hemos enumerado á propósito de la *siguatera*. Generalmente consisten en alteraciones gastro-entéricas

(1) Véase *Bulletin de thérapeutique*, t. LXII, p. 342 y 402.

(2) Véase Chevallier y Duchesne, *Mémoires sur les empoisonnements par les huîtres, les moules, les crabes y certains poissons de mer et de rivière (Annales d'hygiène publique*, t. XLV, 1851, p. 386), y Paul Gervais y Van Beneden, *Zoologie médicale*, t. II, p. 45.

acompañadas de urticaria, de erupcion escarlatiniforme y tumefaccion de la cara.

El *tratamiento* es exactamente el mismo que el indicado en el párrafo anterior.

14.° ENVENENAMIENTO POR LA MIEL.

Ariosto refiere que en cierto tiempo del año, la miel de las comarcas inmediatas al Cáucaso, volvia insensatos á los que la tomaban. Xenofonte y Diodoro cuentan que los soldados se volvian furiosos usando de la miel de las inmediaciones de Trevisonda. Estos asertos se han confirmado por varios autores modernos; Guldenstadt ha demostrado que la miel procedente de las abejas, libado el *Rhododendron ponticum*, produce vértigos. Smith Barton ha descrito en detalle los efectos producidos en la economía por la miel venenosa, que se encuentra en las regiones occidentales de Pensilvania, cerca del Ohio (1). A. de Saint-Hilaire, y dos hombres de su comitiva, fueron en su viaje al Brasil acometidos de fenómenos nerviosos muy graves (gastralgia, vértigos, lipotimias, alucinaciones, delirio) por haber comido una pequeña cantidad de miel de la *guepe lecheguana (Palistes lecheguana)* (2). Se aliviaron despues de vómitos copiosos.

15.°—ENVENENAMIENTO POR LAS CARNES DE SALCHICHERÍA.

En Alemania es donde principalmente se han observado fenómenos graves á consecuencia del uso de las carnes de salchichería *(Vergiftungen durch Würste, Botulismus, morbica usu botuli, S. farcinimis maligni)* (3). Hasta la época del descubrimiento del *triquino* en los músculos del cerdo, y de los desórdenes que produce en el hombre que ha comido la carne de cerdo con triquinos, se atribuian los fenómenos morbosos de que nos ocupamos á una alteracion ó especie de descomposicion pútrida de las carnes de salchichería. Leyendo con atencion los autores alemanes que han escrito sobre este envenenamiento antes de 1862, se puede adquirir el convencimiento de que el cuadro trazado es exclusivamente el de los accidentes, tan bien estudiados despues y determinados por la presencia de los *triquinos* en el hombre. En consecuencia referiremos al lector al capítulo en que tratamos del *parasitismo*.

(1) Véase Moquin-Tandon, *Elements de Zoologie médicale*, p. 185.

(2) Paul Gervais y V. Beneden, *Zoologie médicale*, t. II, p. 343.—Aug. de Saint-Hilaire, *Plantes remarquables du Paraguay*, t. I.—Blanchard, *Histoire naturelle des insectes*. 1845, t. I, p. 69.

(3) Véase *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* von Falck, Virchow und A. Simon, Zweiter Band, erste Abtheilung, p. 329. Erlangen, 1855.

16.°—ENVENAMIENTO POR MATERIAS PÚTRIDAS INOCULADAS.

En el artículo consagrado á la FLEBITIS y á la INFECCION PURULENTA (1) hemos indicado los síntomas de este envenenamiento y su tratamiento correspondiente.

17.°—ENVENENAMIENTO POR LOS HONGOS.

Las nueve décimas partes de los envenenamientos vegetales dependen de los hongos, y á su vez de diez envenenamientos procedentes de las *fungíneas*, nueve por lo menos producidos por alguna especie del género *amanita*. Los hongos venenosos procedentes de otros géneros, por ejemplo, las *rusulas* ó las *lactarias*, demuestran desde luego sus malas cualidades por el sabor acre y olor nauseabundo; si á pesar de estos datos se emplea como alimento, un mal gusto repugna y modera la cantidad ingerida, mientras que su propiedad irritante determina vómitos. El aspecto elegante de los amanitas, su olor poco sensible, su sabor dulce y agradable, y el estómago los soporta largo tiempo, y aun los digiere, resultando de aquí su peligro y aun los graves accidentes que con frecuencia producen. (Bertillon) (2).

De Bertillon y de Bourdier (3) tomaremos los datos siguientes:

A. **Envenenamiento por los amanitas.**—*Síntomas.*—En razon de la notable propiedad que tienen los amanitas venenosos de poder tolerarse por mucho tiempo en el estómago, no hacen aparecer los fenómenos tóxicos sino muchas horas despues de su ingestion, cuatro ó seis horas y á veces diez, doce ó diez y ocho despues de su comida. «Primero los principios acres y purgantes excitan violentamente la mucosa gastro-intestinal, provocan deyecciones múltiples, glerosas y sanguinolentas, acompañadas de dolores atroces. Quizá los principios narcóticos favorezcan las náuseas que se presentan con pertinacia desesperante; despues la influencia especial de los narcóticos se pronuncia y se desarrolla una série de fenómenos nerviosos: excitacion, embriaguez, vértigos, temblores, titubeacion, respiracion anhelante, irregularidad en el movimiento cardíaco, á veces síncope; pupilas dilatadas ó contraidas, alteraciones de la vista, aberracion intelectual, delirio bajo ó furioso, á veces palidez ó estupor de la cara, sudores frios, lentitud considerable del pulso, despues soñolencia, y por fin el coma y la muerte. Cada uno de estos síntomas se presenta mas ó menos marcado, ó falta completamente, segun las especies tó-

(1) Tomo III, p. 295.
(2) Bertillon, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, artículo AMANITA.
(3) Bourdier, *Des champignons au point de vue de leurs caractères usuel, chimique et toxicologique.* Paris, 1866, en 8.°, con láminas.

xicas y el grado de desarrollo, las preparaciones culinarias, la dósis ingerida y la edad de los sugetos. Los mas jóvenes se afectan mas rápidamente. Se han visto niños próximos á sucumbir cuando los adultos que debian verificarlo á su vez apenas presentaban las primeras alteraciones.»

Tratamiento.—«Antes de haber desocupado las vias digestivas de los restos del hongo, se evitará la administracion de todo líquido que pueda favorecer su solucion y detener la absorcion de los principios narcóticos, que son solubles en agua, y mas aun en agua acidulada ó salina; porque *detener ó solo retrasar la absorcion* es la salud del paciente. Para vaciar el estómago deben preferirse los medios mecánicos facilitados préviamente por la administracion de algunas cucharadas de aceite de ricino, ó solo del de olivas; si estos medios no producen resultado, se recurrirá á la ipecacuana, suspendida en aceite templado, y solo como último recurso al emético en la menos agua posible; se recurrirá exclusivamente á los purgantes oleosos para vaciar el intestino; pero una vez obtenidos los resultados (y el médico es llamado por lo general despues que se han producido expontáneamente), conviene no insistir para evitar la postracion de las fuerzas y las flegmasías intestinales.»

Una vez expulsado el veneno, las evacuaciones mucosas se moderan ó detienen, y conviene, segun Letellier, administrar cocimientos concentrados de tanino (2 gramos de tanino por 100 gramos de hongo ingerido), con el objeto de neutralizar el alcalóide problemático en gran parte ya absorbido ó evacuado. Segun Boudiel, en la ignorancia en que nos encontramos acerca de los principios tóxicos de cada especie venenosa y de sus propiedades químicas respectivas, creemos que el práctico, despues de experimentar, si conviene, los antídotos, especialmente en los casos en que no se han podido determinar las evacuaciones, debe limitarse á la medicacion sintomática. En los envenenamientos por las amanitas hay por lo general postracion, disminucion del pulso, enfriamiento, soñolencia, asfixia; están indicadas las bebidas aromáticas, alcohólicas (menta, café, té, vino generoso caliente adicionado con canela, etc.).» Bertillon recomienda, siempre que sea posible, las inspiraciones de oxígeno, que lucharian con ventaja contra el enfriamiento, excitaria los movimientos vitales y la expulsion del veneno.

B. **Envenenamiento por las russulas acres y las lactarias.** — *Síntomas y tratamiento.*—Una cosa que llama la atencion es el poco tiempo que es menester para que se manifiesten los fenómenos. Media hora ó una despues de la ingestion los hongos excitan el estómago, una sensacion de calor, dolores, náuseas y vómitos; la region epigástrica se hace dolorosa al tacto, con frecuencia en extremo grado. Hay cólicos mas ó menos fuertes, ansiedad, enfriamiento de las extremidades; el pulso se hace pequeño; el vientre se meteoriza; á veces hay delirio, coma mas ó menos profundo, saltos de tendones y trismus

violento. A pesar de su aparente gravedad, los accidentes producidos por estos hongos no son tan graves como los determinados por los amanitas. Los vómitos naturales ó provocados determinan desde el principio la expulsion de casi la totalidad del veneno, y solo queda por combatir la inflamacion del aparato digestivo por los emolientes y antiflogísticos. La convalecencia es por lo general rápida, lo que es completamente diferente de los envenenamientos por los amanitas (Boudier).

No se debe olvidar que con frecuencia se encuentran envenenamientos producidos por la mezcla de muchas especies; de aquí síntomas que participan de una y otra de las formas descritas.

18.—ENVENENAMIENTO POR EL OPIO Y LAS SALES DE MORFINA.

No nos ocuparemos del narcotismo simple, que es el primer grado del envenenamiento.

§ I.—Signos.

Náuseas, vómitos, sed, boca seca, estreñimiento; disminucion de las orinas, que á veces se suprimen; sopor, ojos rojizos é inmóviles. *En el envenenamiento por el opio*, contraccion de las pupilas, resolucion de los miembros, respiracion estertorosa, rigidez á veces y convulsiones; pulso unas veces lento, ancho y duro, y otras pequeño y frecuente; piel fria, sudores, coma, síntomas de asfixia. *En el envenenamiento por la morfina*, además de los síntomas precedentes, *comezones* mas ó menos vivos en todo el cuerpo, convulsiones, vómitos mas frecuentes que los envenenamientos por el opio.

§ II.—Tratamiento.

La primera indicacion es evacuar el veneno por medio de la sonda esofágica y lo mas pronto posible. Se insistirá hasta que el líquido extraido del estómago no presente indicio del opio. Los eméticos, á menos que se recurra muy poco tiempo despues de la ingestion, son rara vez útiles, en razon de que los sugetos envenenados han perdido la facultad de tragar. Desde que el enfermo puede tragar, y cuando se ha expulsado gran parte de la sustancia tóxica, se administrará la solucion de *ioduro potásico iodurada*, recomendada por Bouchardat, con objeto de neutralizar los alcalóides del opio y particularmente la morfina.

R. Ioduro potásico...	4 gramos.	Agua..............	1000 gramos.
Iodo............	30 centígr.		

Para tomar á medios vasos.

Se combatirá el narcotismo con el *café* muy fuerte, adicionado con

alcohol y sin azúcar. Se mantendrá despierto al enfermo por la flagelacion, urticacion, aplicacion de sinapismos, ambulancia forzada y la faradizacion cutánea. Si hay temor de asfixia, se mantendrá la respiracion por el método de Sylvester (1).

El tratamiento del envenenamiento por las *sales de morfina* será exactamente el mismo.

19.°—ENVENENAMIENTO POR LA BELLADONA, EL DATURA STRAMONIUM, BELEÑO Y TABACO.

A. **Belladona.**—*Síntomas.*—Los accidentes que determina la belladona, lo mismo que el *solanum dulcamara*, el *solanum nigrum*, dependen de la presencia de la *atropina*. Los síntomas tóxicos producidos por este alcalóide en el hombre se manifiestan poco tiempo despues de la ingestion de las preparaciones ó de las partes de las plantas que le contienen, pueden resumirse en «excitacion cerebral, rubicundez de la cara, cefalalgia, ojos brillantes, conjuntiva inyectada, pupila insensible y muy dilatada, amaurosis, diplopia, delirio de toda especie, risa sardónica, furor, boca espumosa, gesticulaciones; otras veces fenómenos de *delirium tremens*, alucinaciones, visiones de ratones, piel sudorosa primero, despues seca y fria; marcha incierta, titubeante, diversos movimientos automáticos, como para bailar, nadar ó saltar; rara vez calambres, vómitos, evacuaciones fecales y de orina involuntarias, á veces retencion de orina; á la vez respiracion acelerada, pulso muy frecuente, lipotimia, parálisis incompleta, pérdida del conocimiento ó coma profundo. El coma alterna á veces con delirio ó remisiones mas ó menos completas. La terminacion fatal no es la misma aun despues de la ingestion de grandes dósis de alcalóide, tales como 9 centígramos, y aun 9 decígramos de atropina (Behier, Roux). La muerte sobreviene cinco ó seis horas despues, antecedida por fenómenos comatosos. La convalecencia es mas larga que despues del envenenamiento por el opio; aunque por lo comun es franca, suele ir acompañada de vértigos y alteraciones visuales á veces persistentes.»

Tratamiento.—«El tratamiento del envenenamiento por la belladona ó la atropina descansa sobre una triple série de indicaciones.

»1.° Evacuar la sustancia tóxica por medio de eméticos ó de la bomba estomacal.

»2.° Neutralizar químicamente el agente tóxico haciéndole insoluble. Esta indicacion se llena por la administracion de cocimientos astringentes, ó bien por una solucion de ioduro potásico iodurado. Este antídoto, propuesto primero por Bouchardat, se ha empleado con éxito por Riogo y Roux (de Brignolles).

(1) Véase tomo III, p. 359.

»3.° Combatir los efectos orgánicos secundarios. Afusiones, fomentos frios sobre la cabeza, baños de piés, baños generales, enemas purgantes, etc., para combatir el narcotismo, bebidas aciduladas, vino espirituoso, alcanfor y amoniacales, despues diuréticos que favorezcan la eliminacion del alcalóide absorbido (Hirtz) (1).»

El estudio del antagonismo reconocido tiempo hace entre la belladona y el opio, recordado en nuestros dias por B. Bell, Graves, Sie, Norin y otros, ha conducido á los médicos á emplear el opio y sus preparaciones como antídotos del envenenamiento por la belladona. En un caso de envenenamiento por la atropina, Behier (2) hizo tomar con éxito á un enfermo diez gotas á la vez de láudano de diez en diez minutos.

Como ha dicho con razon M. Hirtz, los casos relativos al tratamiento de este envenenamiento, fundado únicamente en el antagonismo de ambas soluciones, son aun poco numerosas para dispensar al médico de recurrir á otros medios recomendados por la experiencia, y tener gran prudencia en la administracion de un veneno opuesto á otro. El reciente trabajo de Camus (3) tiende á probar que el empleo simultáneo de las preparaciones de belladona y los opiados á dósis tóxica determina por lo general la muerte.

B. *Datura beleño.*—Los síntomas de envenenamiento por estas plantas ó sus preparaciones presentan gran analogía con el envenenamiento atrópico. El doctor Kuborn, ha publicado recientemente en los *Anales de la sociedad médico-quirúrgica de Liéja*, cuatro observaciones de envenenamiento por el datura. El café negro; tomado cada media hora á medias tazas, ha parecido contribuir por mucho al restablecimiento de los enfermos. En tres casos de envenenamiento por el beleño el doctor Danielli se felicitó de haber administrado á la par los alcohólicos y el láudano.

C. El *tabaco* da lugar al conjunto de iguales fenómenos, pero el envenenamiento por esta sustancia determina mas alteraciones por parte del aparato digestivo; tambien deberá recurrirse á los excitantes.

20.° ENVENENAMIENTO POR LOS CIÁNICOS (ÁCIDO PRÚSICO, ACEITE ESENCIAL DE ALMENDRAS AMARGAS, CIANURO DE POTASIO, ETC.)

Cuando el ácido cianhídrico es concentrado, la muerte es instantánea; solo hay algunas inspiraciones bruscas y convulsiones. En estos casos, no puede el médico prestar ningun socorro.

(1) Hirtz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, artículo BELLADONA.
(2) Béhie, *Union médicale*, 1865, n.° 85; *Bulletin de thérapeutique*, t. LVII, p. 49.
(3) Camus, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1865, p. 498.

En los casos en que el veneno está diluido ó entra en una combinacion que modera su energía se observa lo siguiente:

§ I.—Signos.

Vértigos, dificultad en la respiracion, bostezos; despues pérdida del conocimiento, del movimiento y de la sensibilidad; pupilas dilatadas, respiracion estertorosa, mandíbulas apretadas, espuma sanguinolenta en la boca: pulso pequeño y frecuente, coma, á veces convulsiones violentas.

§ II.—Tratamiento.

a. *En los casos de envenenamiento por el ácido prúsico medicinal*, ámplias afusiones de agua fria sobre la cabeza y columna vertebral han sido hasta ahora el medio mas eficaz. Se ha preconizado tambien las inspiraciones amoniacales, pero á menos que no acudamos al enfermo inmediatamente ó cuando la dósis ha sido muy corta, no debemos contar con este medio. La administracion de contravenenos no puede ser tampoco de grande utilidad. El veneno se introduce con gran rapidez en la circulacion para que pueda llegar á neutralizarle un antídoto administrado por la via gástrica. Si el enfermo puede aun tragar, se debe ensayar la evacuacion del estómago y administrar un emético. Se empleará igualmente el *contraveneno de Smith*, con la condicion de ser preparado de antemano y conservado segun la indicacion de Larroche, añadir á la mezcla de los sulfatos de hierro, una solucion de azúcar y contenerla en vasijas bien tapadas.

Azúcar...............	60 gramos.	Agua................	250 gramos.
Sulfato ferroso........	55 gramos.	Carbonato de sosa cristalizado............	260 gramos.
Sulfato férrico........	98 gramos.		

Esta mezcla es inofensiva y puede hasta cierto punto, neutralizar el ácido prúsico en el estómago é impedir su absorcion. Pero por lo general, el médico no llega sino demasiado tarde al lado del paciente para que este medio y los demás de su género, puedan administrarse; la deglucion no puede verificarse.

b. *En los casos de envenenamiento por el cianuro potásico, el aceite esencial de almendras amargas y el agua de laurel cerezo*, si el enfermo no se encuentra en colapso, la bomba estomacal se introduciria con ventaja, y se emplearia hasta que el líquido extraido no tenga olor alguno de almendra amarga. La solucion de sulfato de hierro podrá en estos casos proporcionar algun resultado, pero conviene recurrir ante todo á las afusiones frias.

21° ENVENENAMIENTO POR LA ESTRICNINA, LA BRUCINA Y LA NUEZ VÓMICA.

Lo que mejor podemos hacer es presentar el resúmen de los síntomas y signos del *envenenamiento por la estricnina*, tal como le ha trazado Ambrosio Tardieu (1). Las observaciones recogidas posteriormente por T. Gallard (2) han demostrado la perfecta exactitud de la siguiente descripcion:

«La invasion de los accidentes es por lo general brusca y rápida; por lo comun no se hace esperar mas de diez ó veinte minutos despues de la ingestion del veneno. Se presenta primero una sensacion especial en la cabeza, angustia, agitacion creciente, seguida muy pronto de espasmos y contracciones tónicas. La rigidez se hace muy pronto general ocupando los músculos del tronco; el cuerpo se dirige atrás en opistotonos mas ó menos pronunciados; la cara está pálida, la palabra entorpecida, la inteligencia despejada.—Entonces sobreviene el trismus, los miembros se agitan en convulsiones mas ó menos violentas, y despues se contraen como el resto del cuerpo; la respiracion se hace corta, breve y convulsiva, la cara se tumefacta y colorea.—La muerte parece inminente; pero despues de un tiempo variable, los músculos ceden, la calma renace por poco tiempo, pues pasados algunos segundos, se anuncia un nuevo ataque mas terrible aun; los miembros convulsos entran en mayor rigidez aun, la planta de los piés se dirije adentro; la respiracion está entorpecida y aun parece en momentos completamente suspendida; los latidos cardíacos son irregulares; la piel, de pálida que era al principio del acceso, se pone azulada ó morada; los ojos salientes y fijos, en convulsion en todos sentidos y las pupilas dilatadas por lo general.—Entonces rara vez se conserva la inteligencia.

«No hay ejemplo de que los enfermos sucumban despues del primer acceso, y es raro que no sufran cuatro ó cinco. La sensibilidad se encuentra tan excitada, que el mas ligero contacto, que el menor ruido provoca nuevas convulsiones. La duracion de los accesos no pasa de tres ó cuatro minutos, y la remision es tambien muy corta.. En los casos funestos la muerte sobreviene de pronto en medio de un acceso.

Si la dósis del veneno es débil para producir la muerte, ó si.los socorros son tan eficaces que eviten la terminacion fatal, los.el cuerse alejan y disminuyen de violencia, desaparecen en algescena ter-

(1) A. Tardieu, *Mémoire sur l'empoisonnement par la str: cas d'empoisonne-* VI, p. 564). *d'hyg. publique et de médecine légale*, 1856, 2.e série, t. VI, · Lipsiæ 1818, pars II,

(2) T. Gallard, *De l'empoisonnement par la strychnincyclopedie des sciences mé* 1856, t. XXIII, p. 369 y t. XXIV, p. 129).

dejando en pos de sí una sensacion de debilidad, laxitud y quebrantamiento, y á veces rigidez muscular que persiste por algun tiempo bien en un miembro, bien en otra parte del cuerpo.

»En la exploracion necroscópica se encuentra, rigidez cadavérica insólita, que aparece poco tiempo despues de la muerte antes de la extincion del calor animal, y persiste mucho tiempo mas que en los demás cadáveres. La sangre es flúida, en la mayoría de los casos el corazon está vacío y mas ó menos contraido. Los centros nerviosos pueden ser asiento de diversas alteraciones (reblandecimiento inflamatorio, congestion, hemorragia).» (Tardieu.)

Segun el sabio toxicólogo francés, del que hemos tomado la anterior descripcion, los órganos digestivos no presentan ninguna lesion. Pero segun las autopsias practicadas por Duriau (1), no es raro encontrar lesiones anatómicas en el estómago, ni presentar un carácter específico y constantemente el mismo, estas lesiones tienen naturaleza inflamatoria. Segun T. Gallard, que ha discutido el valor de los casos presentados por Duriau, no hay lugar de admitir la inflamacion de la mucosa gástrica entre el número de las lesiones características de este envenenamiento.

Tratamiento.—Gallard, que ha hecho un estudio minucioso de los diversos tratamientos empleados ó propuestos para combatir el envenenamiento por la estricnina ha llegado á formular las siguientes conclusiones (*Mem. cit.* p. 187): «Los hechos demuestran que los eméticos son un precioso recurso para evacuar la porcion de veneno que no se haya absorbido, y aun es posible que la misma sacudida impresa á la economía por el acto mismo del vómito tenga favorable inflamacion sobre los síntomas producidos por la estricnina absorbida. Están perfectamente indicados en todos, el comenzar por uno ó varios eméticos enérgicos.

Se auxiliará su accion por medio de cierta cantidad de tintura de iodo ó de tanino, con el objeto de precipitar ó neutralizar aun antes de ser espulsado por los vómitos la estricnina que pueda encontrarse en el estómago.

»A estos sencillos medios debe limitarse la terapéutica, en tanto que no se presentan síntomas tetánicos. Pero desde que aparecen, se les debe combatir mas directamente.

»De todos los agentes recomendados, los mas fáciles de manejar, que ofrecen mas condiciones de éxito y menos inconvenientes, son: ... *roformo* y las preparaciones de *acónito.*» (Gallard) (2).

b. ...halaciones de cloroformo se han empleado solo en un caso
aceite esenc...
enfermo no se ...
ciria con ventaja ... *es clinique et médico-légale sur l'empoisonnement par la strych-*
tenga olor alguno ... *publique, etc.*, 2e série, t. XVIII p. 428).
... *ston med. and surg. Journal*, Satiembre 1861, et Liégeois
hierro podrá en estos ... *tine sur l'économie animale (Journal de physiologie de*
viene recurrir ante todo ... 1862).

feliz por el doctor Jervit, de Boston (1), manteniendo á un enfermo por espacio de cuatro horas y media, sumergido en el sueño anestésico.

No es posible mantener la respiracion, por medio del método de Sylvester, porque durante las crísis, los músculos están tetanizados, y en su intervalo el menor contacto, la menor presion, determina las convulsiones.

La *brucina*, que se encuentra especialmente en la corteza del *Stryhnos nux vomica* y las habas de San Ignacio, produce el mismo grado de intensidad en los fenómenos que la *estricnina*.

La accion de los preparados de *nuez vómica* es mucho menos rápida que la de la estricnina. En los envenenamièntos de este género, se encontrarán buenos resultados en el empleo de los eméticos, y de la bomba gástrica. Cuando aparezcan los fenómenos convulsivos, se recurrirá á las inhalaciones de cloroformo.

22.°—ENVENENAMIENTO AGUDO POR MEDIO DEL ALCOHOL.—EMBRIAGUEZ.

§ I.—Síntomas.

«Dice José Frank (2) que en el primer período de la embriaguez se observa: alegría, ausencia de todo género de cuidados, buen humor, sensaciones especiales de placer y un vértigo sumamente grato; ojos brillantes, fisonomía resplandeciente y una charla excesiva; enrojecimiento de la piel y aumento de su traspiracion; sed con conatos frecuentes de orinar, acompañados de cierto alivio, y pulso tan lleno como fuerte. Pero no tarda el vértigo en desarrollarse; zumban al momento los oidos; aparece luego la vista ofuscada, y las ideas pierden su enlace, presentándose en el mayor desórden y desobedeciendo al imperio de la voluntad. Entonces, cada enfermo descubre, con el mayor candor y sinceridad y prescindiendo del disimulo, sus costumbres y su carácter, de donde viene naturalmente el adagio: *In vino veritas*. En efecto, el hombre colérico se irrita, pega y muerde; el apasionado, suspira y abraza; el tonto se pone á reir, molestando con obsequios á los que le rodean; el triste vierte lágrimas, y habla de la religion y de la muerte, y otros sienten alucinaciones, hasta que perdiendo las fuerzas se ponen á balbucear. Despues viene la palidez, el esputo tenaz, los vómitos, la relajacion de los esfínteres, el temblor de los miembros, la vacilacion del cuerpo y el desenvolvimiento de la fiebre. Esta abominable escena ter-

(1) Voyez aussi Maunson, *Inhalation du chloroforme dans un cas d'empoisonnement par la strychnine (Union médicale*, 25 Noviembre 1852, t. VI, p. 564).

(2) Joseph Frank, *Praxeos medicæ universæ præcepta*. Lipsiæ 1818, pars II, vol. I, sectio I, chap. XXIV, p. 673, et traduction de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, Paris, 1838, t. III. p. 159.

mina en un sueño profundo, que se prolonga generalmente durante veinticuatro horas ó mas, y algunas veces en convulsiones, apoplegía ó muerte.»

En esta situacion, conviene distinguir diferentes grados, porque no siempre la embriaguez llega al extremo de que sobrevengan el embrutecimiento ó la muerte. Todos están de acuerdo en aceptar tres formas, que proceden de un hecho positivo, hijo de la observacion. Hay tres efectos sucesivos durante la influencia alcohólica: sobre-excitacion, perturbacion y destruccion de las funciones cerebrales.

§ II.—Marcha y diagnóstico.

Embriaguez leve.—Esta forma corresponde al período de excitacion. Siendo generalmente apacible y ligera, no hace otra cosa que exaltar y *confundir* las ideas, determinar un pequeño titubeo, promover la brillantez de los ojos, etc.

Embriaguez fuerte.—Esta suele ser furiosa, y dar lugar á que perdiendo los individuos que la padezcan todo género de conciencia acerca de sus actos; se entreguen á violencias ó á crímenes, de que luego no conservarán recuerdo alguno. Pero ocasiones hay tambien, en que se limita á ser muy pesada, y á producir cierta especie de idiotismo, con pérdida completa de la voz y postracion de las fuerzas. En este último caso, no son los peligros para quienes presencian la embriaguez, sino para los enfermos mismos, que se vuelven incapaces de protegerse y conducirse. Así sucede que los borrachos de dicha forma, caen y se hieren profundamente; se dejan arrastrar por un carruaje ó quemar sin darse cuenta de ello; sufren operaciones quirúrgicas sin dolor, y últimamente, se mutilan á sí mismos, ya con tentativas, ya con otra especie de actos como el que realizaba un hombre, durante sus horas de embriaguez, tratando de arrancarse el escroto. En estado de embrutecimiento, es como se comprende que haya hombres capaces de batirse y hacerse mútuamente espantosas heridas, y mordeduras, etc.

Embriaguez grave, es aquella que produce una apoplegía comatosa, de la cual es imposible librar á los enfermos. Estos llegan á quedarse frios é insensibles, con un pulso extraordinariamente pequeño, con los ojos vidriosos y atónicos, y con la respiracion estertórea. No siendo por el olor alcohólico, muchas veces seria imposible distinguir la embriaguez de una hemorragia cerebral abundante, ó de una asfixia.

Del mismo modo que los centros nerviosos pasan por tres fases distintas, del mismo modo se concibe que las funciones estudiadas separadamente presenten manifestaciones distintas, segun el período á que haya llegado la embriaguez.

En el principio, el estómago se excita y digiere con mas facilidad, bajo el influjo de un ligero exceso de vino; en seguida comien-

za á repugnar los alimentos, determinando vómitos, y mas tarde viene la parálisis de la faringe; del esófago é indudablemente del estómago, porque ya las bebidas caen en estos órganos como sobre vasos inertes. Durante los primeros períodos, las funciones del intestino aparecen poco influidas; pero luego se paralizan tambien, como lo indican las evacuaciones involuntarias.

Entre todas las funciones, las que mas resisten son las de la respiracion y circulacion, porque se hallan bajo la dependencia de la protuberancia anular, y esta parte de los centros nerviosos, es la última á quien atacan los agentes alcohólicos. Ahora bien; empleando sucesivamente todos los tóxicos cerebrales y los anestésicos, fué como llegó Flourens, segun una frase notable, á hacer la *diseccion* de las funciones cerebro-espinales. No obstante, tambien hay en este envenenamiento trastornos respiratorios. La respiracion, acelerada en un principio, se amortigua despues; y aun tambien se ha supuesto que el enfermo absorbe menor cantidad de oxígeno, y emite menos proporcion de ácido carbónico.

El *aparato genital* apenas experimenta otra cosa que una influencia depresiva. Efectivamente, si es verdad que al principio hay exaltacion genérica y deseos, tambien lo es que dichos síntomas ceden desde luego su puesto á una debilidad notable, haciéndose imposible la ereccion y eyaculacion.

Respecto á los *órganos de los sentidos*, tambien pasan por las diferentes fases indicadas anteriormente. Pero de todos ellos, el de la sensibilidad general, representado en la piel, es el que se afecta de preferencia. Con efecto, miéntras que persisten las fuerzas y hasta cierto punto algo de inteligencia, puede existir ya una *analgesia* muy pronunciada. Todo el mundo ha visto la indiferencia con que los borrachos reciben las heridas mas graves. En el Hôtel-Dieu practicamos una sutura de la piel en un hombre ébrio que acababa de caer sobre una botella rota, y que se habia hecho en el muslo una herida de dos decímetros de longitud próximamente. El herido no se apercibió de la introduccion de las agujas en la piel, saliendo del hospital inmediatamente despues de la cura (1).»

La *debilidad muscular* y la *falta de coordinacion de los movimientos*, son asímismo otros dos efectos de la embriaguez, que conviene tener presentes. Ambos síntomas van seguidos inmediatamente de una completa extincion de la motilidad (resolucion). En algunos casos sobrevienen convulsiones de aspecto vario y aun epileptiformes.

Indiquemos ahora los fenómenos que ocurren despues de la embriaguez.

Concluido el sueño pesado de que hablamos antes, siente el enfermo un quebrantamiento general, pastosidad en la boca, desgana respecto de todo género de manjares, anhelo por las bebidas frescas

(1) Racle, *Traité de diagnostic médical*, 3.ª édition. Paris, 1864, p. 75.

y acídulas, y alguna tendencia al vómito; tiene además el rostro pálido y abotagado, los párpados entumecidos y los ojos inyectados y empañados, y en cuanto á las fuerzas, vuelven con grande lentitud. Otra dósis del excitante alcohólico contribuye á reponerlas, así como al vigor del espíritu, antes entorpecido y preso de ideas tristes y sombrías. Al cabo de algunas horas, ó de un dia completo, el enfermo r cobra su estado normal. Sin embargo, cuando la embriaguez ha sido fuerte, no se presenta de una manera tan inmediata al restablecimiento de las funciones: queda entonces pesadez de cabeza, cierta incoherencia de las ideas, vértigos, algo de embotamiento de la sensibilidad, zumbido de oidos, etc.

La embriaguez presenta en nuestro concepto un cuadro exactísisimo de los fenómenos que caracterizan el *alcoholismo crónico*, durante muy poco tiempo. No hay forma alguna de esta última enfermedad que deje de ofrecer su prototipo en la embriaguez aguda.

En efecto, independientemente de los tres grados que establecimos antes, la embriaguez adquiere formas variables, segun la naturaleza del veneno y las condiciones en que ha actuado. Mientras que algunos individuos padecen un delirio tranquilo, otros lo sufren furioso; llegando estos hasta el coma, y aquellos hasta las convulsiones.

Del mismo modo que es fácil hacer el diagnóstico de la embriaguez en los casos leves, del mismo modo lo es engañarse respecto de los graves, y creer en una apoplegía, en un reblandecimiento agudo del cerebro, en un derrame seroso rápido de la cabeza, y hasta en una conmocion cerebral, porque los testigos de la caida de un hombre borracho pueden atribuirla á la pérdida del conocimiento. Deberemos entonces darnos cuenta de las circunstancias en que se ha encontrado el hombre para desvanecerse; averiguaremos si el aliento acusa olor alcohólico; consultaremos el estado de la cara y el de los ojos; nos aseguraremos de que el sugeto carece de toda clase de herida que haya podido provocar un estado tan grave, y emplearemos, por último, la bomba estomacal. Los medios terapéuticos mismos, tienen tambien su importancia para el diagnóstico. La sangría, los sinapismos, y los enemas purgantes, pueden devolver algo de sensibilidad, en cuyo caso se ve que nada hay de parálisis hemiplégica, y que la respiracion tiene lugar mas fácilmente. El uso del amoniaco es una bebida á propósito; restablece la inteligencia rápidamente mas de una vez, y los vomitivos hacen que el enfermo arroje una mezcla de alimentos y de bebidas de olor alcohólico.

Las borracheras leves ó medianas, se abandonan generalmente, á sí mismas. Reposo, algun cuidado respecto á seguridad y la privacion de las bebidas que exija el enfermo, despues del primer sueño, tales son los únicos medios casi negativos que se deben emplear. Las personas embriagadas, pero que á pesar de ello conserven bastante inteligencia para apetecer salir de dicho estado, ya por ver-

güenza, ya por cualquier otro motivo, utilizan con ventaja el método inglés, que consiste en introducir los brazos y la cabeza en agua muy fria.—Durante los casos graves, y cuando el enfermo no puede socorrerse por sí, conviene, segun las circunstancias, administrar vomitivos, emplear la sonda esofágica, hacer sangrías, y aplicar sinapismos, lavativas sumamente purgantes, fricciones y excitantes de toda especie; y si los enfermos presintieren un estado de asfixia tambien no habria porqué dejar de ensayar las cauterizaciones con el hierro enrojecido sobre el pecho y sobre otros puntos mas distantes despues, como Faure (1) propuso hace poco, tratándose de la asfixia con el ácido carbónico.

§ III.—Pronóstico.

Muerte súbita ó rápida.—«Resumiendo Royer-Collard (2), los hechos que conoce la ciencia acerca del abuso de las bebidas fermentadas, dice que tambien puede ser la embriaguez causa de muerte, como lo demuestran innumerables ejemplos. Las lesiones que ha descubierto en estos diferentes casos la anatomía patológica, demuestran de un modo positivo que el veneno alcohólico afecta simultáneamente á todos los órganos por conducto de la sangre y del sistema nervioso. Y Ch. Roesch (3) ha puesto fuera de duda cuanto se refiere á este punto.»

Una muerte rápida é inesperada puede ser la consecuencia terrible de los excesos alcohólicos. Puede el hombre hallarse sano, y como resultado de una verdadera sideracion, suspenderse todas las fuerzas vivas y activas de la economía, afectarse todos los órganos en su vitalidad y ser, en una palabra, la sangre el vehículo de la causa de destruccion ¿Qué deduciremos entonces de esto? Que las funciones se han suspendido en su orígen y no en órgano alguno determinado. Hay autores que explican estas muertes repentinas por la suspension de la actividad del corazon, de los pulmones y de los músculos respiratorios; pero nosotros creemos mas natural atribuirlas á la supresion de la fuerza comun que da á los órganos su potencia activa.

De cualquier modo que sea, importa mucho presentar algunos datos respecto á las condiciones en que sobrevienen dichos accidentes.

En primer lugar, la muerte repentina no suele sorprender á los borrachos de profesion. Parece que una vez establecida la costumbre y aun en medio de los mayores excesos, el influjo nervioso persiste en bastante grado para entretener y conservar las funciones orgáni-

(1) Faure, *Archives gén. de méd.* Paris, 1856.
(2) H. Royer-Collard, thése de concours, 1838, p. 37.
(3) Roesch, *De l'abus des boissons spiritueuses (Annales d'hygiéne et de médecine légale.* 1.ª série, t. XX, p. 277).

cas. Pero dicha muerte es frecuente sobre todo entre aquellas personas que, haciendo pocos excesos, se dejan arrastrar un dia á beber sin limitacion. Sobre todo con el aguardiente, es con la bebida que ocurren estos desagradables accidentes. Basta que algunos sugetos tomen medio litro de dicho líquido, para que fallezcan sin remedio.

Los desgraciados víctimas de este envenenamiento conservan al principio su serenidad, durante algun tiempo; despues caen como heridos por el rayo en un sueño comatoso; el estertor y las convulsiones se manifiestan en seguida, la respiracion llega á detenerse; mientras asoma por la boca una espuma sanguinolenta; no tardan en presentarse las evacuaciones involuntarias, y como resultado final viene la muerte á las pocas horas, media hora, etc.

No siempre es la cantidad de alcohol la que produce un éxito tan desgraciado, porque una dósis que actuando sola sea incapaz de ocasionar semejante resultado, lo determinará cuando al abuso referido se unan otras nuevas condiciones.

Primeramente señalaremos la accion del frio. En efecto, durante los meses de invierno en los paises templados, y durante todas las estaciones en los frios, es cuando se observan las muertes repentinas. Los individuos alcoholizados parece como que oponen menos resistencia al descenso de la temperatura exterior. Si el frio moderado puede considerarse como excitante y tónico, el frio exagerado deprime extraordinariamente; y si á esta accion se añade la del alcohol, que en determinadas dósis destruye sin duda alguna todo género de fuerzas, de seguro que dicha accion combinada equivaldrá á una intoxicacion mas completa que la que en realidad exista.

Reunion de la embriaguez con las heridas (1).—Los golpes y heridas que reciben los embriagados, sin ser por sí solos capaces de producir la muerte, suelen determinarla al cabo de muy poco tiempo. Ahora bien: ¿en virtud de qué mecanismo se producirá dicho resultado? Lo probable es que sobrevenga una apoplegía pulmonal ó una apoplegía meníngea, que atribuiremos naturalmente á la lucha violenta, á la emocion, á la cólera, y algunas veces al influjo del frio. Tardieu termina su Memoria de esta suerte. «Permitido será suponer que en la muerte acaecida rápidamente á consecuencia de la embriaguez, la *apoplegía pulmonal*, y sobre todo la *apoplegía meníngea*, sean lesiones, si no constantes, por lo menos muy frecuentes y casi características.» El año de 1851, Racle practicó en la Morgne la autopsia judicial del cuerpo de un jóven muerto bajo estas condiciones, y observó que habia sido víctima de una gran hemorragia meníngea.

(1) Ambroise Tardieu, *Observations médico-légales sur l'état d'ivresse considéré comme complication des blessures et comme cause de mort prompte et subite* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. XL, 1848, p. 390).

23.° ENVENENAMIENTO POR MEDIO DEL CLOROFORMO, DEL ÉTER Y DEL AMILENO.

§ I.—Síntomas y marcha.

El cloroformo, el éter y el amileno dan muchas veces lugar á accidentes mas ó menos graves, y en algunas ocasiones producen hasta la muerte. Este desgraciado efecto ocurre por lo general al principio de la anestesia, y de una manera contraria á lo que se observa durante la inhalacion de los gases tóxicos; no puede decirse que dependa de la cantidad de vapores absorbidos.

Pasan ya de doscientos los casos de muerte con el cloroformo, el éter y el amileno que refieren los autores, y donde se cree que muchas veces sea la anestesia el factor principal que ocasiona tan fatal resultado. Este ocurre sin que nadie pueda preveerlo. Al principio, y tambien en medio de la anestesia, suele detenerse el movimiento del corazon, cesar el fenómeno respiratorio, palidecer el semblante hasta la lividez, y quedar la vista inmóvil y empañada, y extinguirse toda manifestacion de la vida, sin que haya género alguno de recurso, por enérgico que sea, para salvar al enfermo. En otras ocasiones, como en un caso observado por Richet, despues de verificada una operacion y cuando el cirujano está próximo á retirarse, tiene que acudir segunda vez al enfermo por haber cesado rápida y simultáneamente la respiracion, la circulacion y todos los demás fenómenos vitales. Finalmente, en medio del acto mismo de cualquier operacion, un grito de alarma lanzado por los ayudantes, anuncia muchas veces el principio y el fin de este terrible accidente. (Giraldés) (1).

Los médicos han explicado sucesivamente estos resultados funestos de distintas maneras, que como es natural tienen sus objeciones. Segun Snow, la gran cantidad de vapores absorbidos es quien determina las muertes repentinas; pero consta que en muchos de los casos observados ha sido muy corta la dósis del anestésico inhalado. Segun demuestran los trabajos de Ludger-Lallemand y de Perrin, parece que la teoría mas próxima á la verdad es aquella que considera dichos accidentes como producidos por una apnea hija de una acumulacion de flúido anestésico en la médula oblongada.

Como dice Behrend, con mucha razon, la muerte repentina ocurre en virtud de la parálisis del corazon y de la respiracion y á consecuencia de una causa que obra sobre la médula oblongada.

(1) Giraldès, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 244, article ANESTHÉSIQUES.

§ II.—Profilaxia.

«A la vista de tan gran peligro, cuya causa se ignora, que por ninguna señal se anuncia y que nadie es capaz de preveer, la responsabilidad del profesor no puede quedar á cubierto sino por una observacion *minuciosa, un cumplimiento exacto de todas las precauciones indicadas*, para administrar dichos agentes, y una *atentísima vigilancia* de los fenómenos de la *circulacion* y de la *respiracion*.

La pieza en que se practique la operacion deberá hallarse perfectamente aireada. El enfermo estará acostado, porque dicha postura ofrece, no solo ventaja de ser mas cómoda, sino la de impedir ciertos accidentes, por ejemplo el síncope, y la de facilitar en caso de alarma la aplicacion de los recursos que indicaremos mas adelante. Deberá quitarse toda atadura y toda prenda capaz de estorbar á la respiracion y á la circulacion. Habrá de estar en ayunas. Antes de proceder al acto de la inhalacion es indispensable explicar al enfermo cómo ha de respirar, es decir, con dulzura, igualdad y naturalidad. En cuanto los individuos sometidos á la anestexia traten de oponerse á ella, apretando las mandíbulas y evitando respirar, será preciso calmarlos, dirigirles la palabra, y tratar de que se distraigan, á fin de que regularicen su respiracion. Y lo mismo se efectuará siempre que aparezca el período de excitacion ó se produzca una gran inquietud caracterizada por movimientos convulsivos, como ocurre principalmente cuando se opera con el éter. Es indispensable que un *ayudante solo se ocupe de administrar* el anestésico, sin dejar el pulso de la mano, ni separar la vista del rostro del enfermo durante todo el tiempo que se halle bajo el influjo de los vapores inhalados. Los cambios de color de la fisonomía, la palidez casi exangüe, concordando con el aflojamiento del pulso y la detencion del fenómeno respiratorio, anuncian desde luego el peligro, y reclaman que se intervenga prontamente para conjurarlo. Nunca deberá empezarse una operacion sin que se haya calmado por completo el período de inquietud, y sin que se haya extinguido la sensibilidad.

Los mejores aparatos de inhalacion son aquellos que permiten ver constantemente la fisonomía del enfermo, que dejan penetrar siempre en las vias respiratorias cierta cantidad de aire al mismo tiempo que el vapor anéstesico, y que mantienen, por fin, á cierta distancia los tejidos sobre que se vierte el éter ó el cloroformo. De modo que nunca recomendaremos demasiado que se sustituya á los aparatos ingeniosos, pero muy complejos, de Duroy y de Snow (1), y sobre todo á la compresa en forma de nido, el aparato sencillo y regla-

(1) Para la descripcion de los aparatos de Duroy y de Snow, véase Gaujot, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*. Paris, 1867, p. 17 y 28.

mentario del cuerpo de Sanidad marítima francesa, que se conserva con el nombre de *corneta Reynaud* (fig. 105), y que llena todas las condiciones indicadas antes. En todo caso no deberá verterse dentro de él sino una cantidad moderada de cloroformo, 8 á 10 gramos á lo mas.

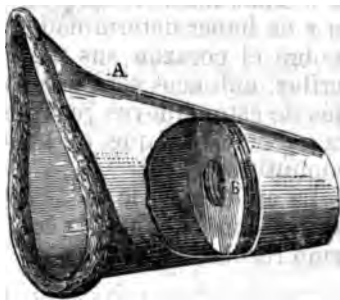


Fig. 105.—Corneta Reynaud. Corte practicado en una de las paredes del instrumento para explicar la situacion y la forma del diafragma interior, sobre el cual se vierte el líquido (1).

§ III.—Tratamiento.

Cuando los accidentes lleguen por consecuencia de un obstáculo que impida el acceso del aire al pecho, obstáculo debido á la contraccion de los labios y de las quijadas, al recogimiento de la lengua ó á la oclusion de la glotis, se abrirán mucho las mandíbulas del enfermo, y se extenderá la lengua hácia adelante por medio de una pinza á propósito para que la glotis quede al descubierto y permita que se restablezca la respiracion mediante la entrada del aire. El contacto de dicho flúido en las células terminales pulmonales excita los referidos órganos y determina los movimientos respiratorios. Hay que ayudar estos medios con presiones sobre el tórax, haciendo subir y bajar los miembros superiores por medio de la flagelacion del rostro con compresas húmedas, dando fricciones irritantes en las extremidades y mediante la respiracion artificial (método Sylvester) (2). La inversion del enfermo, colocando hácia abajo su cabeza, sobre todo cuando se halla muy pálido por consecuencia del síncope, segun aconseja Denonvilliers, ha producido gran éxito en manos de dicho cirujano. Y de su eficacia responden tambien Nélaton, Michaux (de Louvain) y Giraldés.»

En nuestro concepto no hay medio mas enérgico, mas sencillo, ni mas rápido que el que proporciona la respiracion artificial. Puede aplicarse sin necesidad de aparato alguno y á la primera señal de alarma.

Mientras esté adoptándose convendrá ir disponiendo lo necesario para recurrir al galvanismo. A dicho objeto se colocará un polo del aparato de induccion en el borde exterior del músculo externo-mas-

(1) Berchon, *De l'emploi méthodique des anesthésiques, et principalement du chloroforme, à l'aide de l'appareil réglementaire dans le service de la marine française. (Bulletin de la Société de chirurgie*, año 1861. Paris, 1862, 2.e série, t. II, p. 501, y *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, año 1861. Paris, 1862, 3.e série, t. III, p. 248).

(2) *Traitement de l'asphyxie par submersion, suivant le méthode physiologique du docteur Marshall Hal, perfectionnée par Sylvester (Archives de médecine navale*, t. III, y Valleix, t. III, p. 292 y 293).

tóideo, sobre el punto en que el músculo omohióideo cruza con él, y que corresponde al nervio frénico; y el otro polo se aplicará sobre la base del tórax y en el nivel de las inserciones del diafragma. Si cuatro ó cinco minutos despues de comenzar la aplicacion del galvanismo y de haber determinado una série de corrientes interrumpidas, no recobra el corazon sus movimientos, ni aparece ondulacion alguna fibrilar, entonces será necesario practicar la traqueotomía. Y si despues de estos nuevos recursos aun queda inmóvil el corazon, Giraldes recomienda que el galvanismo se reemplace por la galvano-acopuntura.

La aplicacion de todos estos medios no se abandonará hasta que haya el convencimiento completo de que ya es imposible que el enfermo recobre la vida.

24.°—ENVENENAMIENTO POR MEDIO DEL ALCANFOR.

§ I.—Signos.

No conocemos caso alguno de muerte del hombre por envenenamiento con el alcanfor. Sin embargo, los anales de la ciencia consignan varios ejemplos de accidentes mas ó menos graves ocurridos, ya por consecuencia de experimentos voluntarios, ya por errores ó imprudencias cometidas al administrar dicha sustancia como medicina. Los síntomas que se conocen son los siguientes: sensacion desagradable en el epigástrio; cefalalgia; arrebatos de calor á la cabeza y á las orejas; una especie de embriaguez con alteracion mas ó menos marcada de las funciones intelectuales; náuseas y vómitos; lipotimias y síncopes; debilidad de pulso; ansiedad precordial; enfriamiento de las extremidades; temblor y sudores frios; movimientos convulsivos; orina copiosa, con olor fuerte alcanforado, y un abatimiento excesivo que alterna con accidentes convulsivos y con accesos de furor.

§ II.—Tratamiento.

En el principio, y cuando todavía hay tiempo, debe provocarse la expulsion del veneno administrando bebidas *acuosas* templadas, y excitando la epiglotis. Si esto no fuera ya posible, se recurrirá á las fricciones estimulantes, á los rubefacientes cutáneos, á la faradizacion y al uso interno de los alcohólicos y de los opiados, procurando siempre que el enfermo esté despierto mientras llega á verificarse la reaccion, y favoreciendo despues la eliminacion del veneno absorbido mediante los sudores y las orinas. Aran empleó con éxito en cierto caso el café, los excitantes y las afusiones de agua fria.

CAPÍTULO IV.

Del envenenamiento crónico.

«El envenenamiento crónico, dice E. Gintrac (1), tiene caractéres especiales que lo distinguen del envenenamiento agudo. No se manifiesta sino despues de haber hecho mucho uso de la sustancia tóxica; puede estallar del mismo modo que una enfermedad aguda, y si persiste la causa que lo ha determinado, ofrece como una série de ataque ó de recaidas. Lo mas comun es que produzca efectos contínuos y acarree desórdenes extraordinariamente graves.

La intoxicacion crónica resulta de una modificacion general y profunda del organismo. Da idea de una alteracion constitucional ó de una diátesis. Puede afectar simultáneamente á los líquidos y á los sólidos. Y mientras que estos se modifican en su vitalidad, aquellos lo efectúan respecto de su naturaleza por la accion incesante de la sustancia venenosa.

La sustancia á que nos referimos se introduce de un modo contínuo, ó por lo menos frecuentemente y en pequeñas dósis, ya por absorcion pulmonal ó cutánea, ya por la via alimenticia. Hay, en efecto, dos formas principales de intoxicacion crónica: una por emanacion, es decir, mediante los cuerpos sumamente divididos ó volatilizados que puedan ocupar la atmósfera; otra por materias sólidas ó líquidas que se mezclen con los alimentos, ó que se administren como remedios. Las causas ordinarias de la intoxicacion crónica dependen de una profesion dañina, de un mal régimen, de un tratamiento vicioso, ó, lo que aun es mas raro, de una voluntad criminal

No siendo aquí posible clasificacion alguna, trataremos sucesivamente de las intoxicaciones crónicas, sin atribuir la menor importancia al órden en que se hallen colocados los cuerpos que las produzcan.

ARTÍCULO PRIMERO.

ALCOHOLISMO CRÓNICO.

El *alcoholismo* acaba de ser objeto de notables monografías (2), que pueden considerarse como la expresion mas fiel del estado de la ciencia en este punto importante de la patologia. Por consiguiente, nuestro plan consistirá en hacer aquí un resúmen sucinto de ellas,

(1) E. Gintrac (de Burdeos), *Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicales*, t. II, p. 98.

(2) Véase Magnus Huss, *Chronische Alkoholskrankheit oder Alkoholismus chronicus*. Stokolmo, 1852.—*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1864, t. I, artículo ALCOHOLISMO, por Alfredo Fournier.—*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, artículo ALCOHOLISMO, por E. Lancereaux.

citando, siempre que el caso lo requiera, algunos pasajes de estos trabajos concienzudos.

Alcoholismo es la palabra que desde Magnus Huss viene sirviendo para designar el conjunto de los accidentes morbosos que produce en el hombre el abuso de las bebidas alcohólicas. Las manifestaciones del alcoholismo se dividen naturalmente en dos grupos. Cuando se reducen simplemente á los efectos inmediatos y pasajeros de un exceso de bebida espirituosa, tenemos el *alcoholismo* agudo, de que se ha tratado ya en el capítulo ENVENENAMIENTOS AGUDOS (véase p. 1127); cuando son consecuencia del uso repetido y continuado durante mucho tiempo de las mismas bebidas, resulta el *alcoholismo crónico.*

«El *alcoholismo*, dice Lancereaux, por mas que su denominacion proceda de fecha reciente, no constituye una enfermedad nueva. Efectivamente, el abuso de los licores espirituosos es tan antiguo como el mundo, y se encuentra á cada paso en la historia de los pueblos. Por consecuencia de la aplicacion siempre creciente de las bebidas embriagadoras, y de las imperiosas necesidades á que conduce su abuso, debemos considerar al alcoholismo como uno de los mayores males que sufre la humanidad y como una de las afecciones mas frecuentes del cuadro nosológico... Puede afirmarse que la mortalidad determinada por este envenenamiento asciende á la proporcion de $^1/_{20}$ próximamente en los hospitales de Paris.» Los excesos alcohólicos se observan principalmente en las poblaciones del Norte de Europa y de América, no solo por las condiciones climatológicas, mas favorables á la tolerancia de los licores y á su uso legítimo, sino en virtud de la localizacion, si es lícito expresarse así, de la expresada industria en dichas comarcas. A medida que nos acercamos hácia el Mediodía de Francia y de Europa, la enfermedad de que se trata viene á ser mas rara. A primera vista parece que en los paises cálidos deberia ser muy rara, ya que no desconocida por completo. Pero necesario es confesar que el alcoholismo hace en las regiones tropicales tantas víctimas como en las comarcas del Norte. El doctor Ruiz atribuye las tres cuartas partes de los fallecimientos prematuros de los negros al abuso del tafia. Y este exceso no pertenece solo á dicha clase. La poblacion blanca paga tambien á sus consecuencias un tributo no pequeño (1).

De acuerdo con Lancereaux, definiremos el alcoholismo crónico, diciendo que es una enfermedad de evolucion generalmente lenta y progresiva, producida por el abuso prolongado de las bebidas espirituosas, y caracterizada anatómicamente por inflamaciones especiales ó por degeneraciones grasas de los órganos, y sintomáticamente, por diversos trastornos funcionales que afectan con preferencia á los sistemas nervioso y digestivo.

(1) Véase *Archives de médicine navale.* Paris, 1866, t. V, p. 241.

§ I.—Síntomas.

Aparato digestivo.—Los órganos digestivos, llamados á recibir y absorber las bebidas espirituosas, sè hallan por este mismo hecho mas expuestos que las demás vísceras á la accion del alcohol. Los excesos prolongados determinan en las funciones digestivas toda una série de desórdenes, que, comenzando por la *inapetencia* y la *dispepsia*, terminan en lesiones y desorganizaciones gravísimas. Entre los diferentes trastornos que produce la dispepsia, de cualquier clase que sea, hay uno mas propio del alcoholismo, que es la *pituita*, ó lo que es lo mismo, la produccion de *vómitos viscosos* por la mañana en ayunas. Si el acto del vómito tiene lugar muchas veces consecutivas, el líquido glutinoso y de forma de hebra, va mas ó menos acompañado de bílis. Y poco á poco llegan á declararse todos los fenómenos de una verdadera *gastritis crónica*.

Los trastornos del intestino, no se determinan tan bien como los del estómago. Siendo la diarrea un fenómeno frecuente, alterna al principio con el extreñimiento, pero luego llega á ser contínua.

El hígado no tarda en ser víctima de accidentes debidos á un estado de congestion habitual, que conduce rápida y frecuentísimamente á la degeneracion cirrótica. Leudet acaba de llamar la atencion acerca de la frecuencia del *icterismo agudo* en los borrachos.

Aparato respiratorio.—Hasta el vulgo sabe que los excesos alcohólicos, se conocen muchas veces por una *alteracion particular de la voz*, que la convierte en bronca, ruda y cabernosa. Este síntoma debe referirse á una hiperemia crónica de la mucosa laríngea. Todavía no se ha explicado como corresponde la influencia del alcoholismo sobre los pulmones, pero ya se sabe perfectamente que favorece el desarrollo de las afecciones pulmonales en general, que despues predispone al *catarro* y al *enfisema*, y que, por último, la neumonía de los embriagados adquiere un carácter de gravedad propio y exclusivo. La neumonía suele ser doble y doble desde luego; va casi constantemente acompañada de una inflamacion considerable de la mucosa bronquial; tiene una evolucion muy precoz, y se complica la mayor parte de las veces con la ataxia ó la ataxo-adinamia. Parece que el abuso de los licores espirituosos contribuye poderosamente al desarrollo de la *tísis granulosa*.

Sistema circulatorio.—La contínua excitacion que mantiene en el sistema circulatorio el abuso habitual de los alcohólicos, es tambien una causa predisponente de la accion morbosa. Y esa misma predisposicion aumenta todavía en virtud del contacto del alcohol con la membrana interna del expresado sistema. (Carpenter.) De aquí resultan, en primer lugar, simples trastornos funcionales, reducidos principalmente á *palpitaciones de corazon*; y en segundo la *hipertrofia* de dicho órgano y la *crasitud* del mismo. «Estas lesiones, y otras

semejantes, llegan á invadir todos los *vasos*, los cuales se infiltran de materias grasas y ateromatosas, ablandándose y cediendo muchas veces á la presion excéntrica de la sangre. Y los trastornos de extructura correspondientes, vienen á ser luego orígen de diversos fenómenos, como la aneurisma, la obliteracion vascular, la gangrena y la ruptura. Tambien son la causa mas comun de los derrames sanguíneos que se producen, ya en la sustancia, ya en la superficie del cerebro de los borrachos.» (A. Fournier). En cuanto á las mujeres que abusan de la embriaguez, tienen especialmente el síntoma de la frecuencia de los *trastornos menstruales* y de *las metrorragias*.

Sistema nervioso.—Los desórdenes propios de este sistema afectan aislada ó simultáneamente á la inteligencia, á la sensibilidad y al movimiento.

A. *Trastornos de la motilidad*.—Las alteraciones de la motilidad que suceden al abuso prolongado del alcohol, consisten: primero, en una agitacion convulsiva de ciertas partes, conocida bajo el nombre de temblor; segundo, en el ataque y disminucion de la potencia muscular. Y á estos hay que añadir muchas veces otros desórdenes mas raros, como espasmos, sobresaltos de tendones, calambres, accesos convulsivos y epileptiformes, etc. (A. Fournier.)

El temblor es uno de los fenómenos mas comunes y mas tempranos del alcoholismo.

En el principio no aparece sino por intervalos, y es notable sobre todo cuando se despierta por la mañana.

Puede ser bastante intenso para que se confunda con los espasmos de la corea *(corea de los borrachos.)*

Se complica generalmente con otro trastorno de las funciones mas importante, que es la *debilidad muscular*. Esta debilidad suele desarrollarse de una manera progresiva, afectando en primer término á los miembros superiores. Luego llega el enfermo á verse privado de la facultad de comer solo. Y últimamente, la alteracion puede llegar hasta los miembros inferiores, interesando asímismo los músculos del tronco. Esta parálisis alcohólica, que *nunca es completa*, avanza desde las extremidades de los miembros hácia el tronco, siendo, como dijimos antes, objeto primitivo del ataque las extremidades superiores. (Magnus Huss.)

Los accesos convulsivos, acompañados ó no de faltas de conocimiento, comienzan á producirse con intervalos muy variables; se hacen luego mas frecuentes, á medida que la intoxicacion adquiere desarrollo, y concluyen por degenerar en verdaderos *ataques epileptiformes*.

B. *Trastornos de la sensibilidad*.—1.° En una época muy próxima á los principios, y mas todavía en otro período algo avanzado ya de la intoxicacion, suelen quejarse los enfermos de *dolores de cabeza*, especie de cefalalgia que afecta sobre todo una forma grave, por su complicacion, con un *estado vertiginoso* y con *alteraciones del*

sueño. El insomnio, y la inquietud nocturna son fenómenos predominantes y casi característicos del alcoholismo. Cuando el borracho llega á dormir, tiene sueños fatigosos; se despierta con pesadillas y visiones horribles, y al siguiente dia se levanta extenuado, y casi sin poderse mover. (Marcet.)

Respecto de la sensibilidad general, los *hormigueos* son los que comunmente anuncian las alteraciones ulteriores. Primero se dejan sentir en las manos y en los piés; luego van siendo intermitentes y contínuos, y ganando desde los miembros al tronco, y por último, degeneran en una verdadera hiperestia.

El progreso del mal acarrea una alteracion inversa de las funciones digestivas; la insensibilidad que principia por las extremidades, puede convertirse en general.

Tambien afecta habitualmente una forma simétrica y centrípeta.

2.° Los sentidos especiales sufren modificaciones análogas. Sus funciones, excitadas únicamente en el principio, se pervierten al momento, para llegar poco á poco hasta una depresion completa. La vista, que es el sentido que mas se compromete, sufre centelleos, moscas volantes, y resplandores momentáneos que se hacen luego permanentes, hasta el punto de convertir la *ambliopía* en una verdadera *amaurosis*. Tampoco son raras las alucinaciones del *oido*. Y respecto de la *sensacion genital*, exaltada al principio de un modo pasajero, llega á languidecer y á extinguirse con la potencia genital misma.

C. *Trastornos de la inteligencia.*—Estos trastornos que constituyen una de las fases mas curiosas del alcoholismo crónico, pueden dividirse muy naturalmente en dos grupos: uno, de alteraciones pasajeras y agudas; otro, de alteraciones persistentes, y muchas veces definitivas.

Los enfermos comienzan por volverse taciturnos y desconfiados; despues se ven perseguidos de ideas fijas y temores imaginarios, y luego estallan sin razon y cuando menos se espera, en tempestades de cólera, pasando mas de una vez desapercibido dicho estado mental, por causa de la *conservacion aparente de las facultades*. Poco á poco, las alucinaciones sensoriales se van aproximando, y de aquí nacen en seguida las concepciones delirantes y los impulsos irresistibles á romper ó destruir. «Generalmente, dice Alfredo Fournier, los trastornos intelectuales se presentan con aires diversos, atropellando, por decirlo así, los fenómenos y condensándolos en una verdadera escena de locura aguda. Y en este caso, afectan dos formas muy constantes: una, el *delirium tremens;* otra, la *forma lipemaniaca* de la locura alcohólica.

1.° *Delirium tremens.*—Esta perversion singular de todas las funciones nerviosas suele sobrevenir despues de uno ó de varios excesos alcohólicos en los individuos que no tienen la costumbre de beber; pero donde generalmente se despierta es en los borrachos de

profesion y que se conocen ya por los caractéres antes indicados (Véase pág. 1170). Por fin, tambien se ha observado que el mal adquiere con preferencia su desarrollo, despues de disipada la embriaguez, que durante el estado mismo de intoxicacion; y entonces es cuando los médicos se han decidido á atribuir el delirio al decaimiento de las funciones cerebrales.

Al principio los pacientes manifiestan extravagancias en el humor; despues desatinan; luego ofrecen una grande inquietud; y últimamente desarrollan un delirio agudísimo. Hay hasta la necesidad de dominar materialmente al enfermo y de atarlo á la cama, por miedo de que se entregue á violencias peligrosas contra él mismo y contra los que le rodeen. El cuerpo entonces sufre una agitacion horrible, todos los miembros tiemblan, y la lengua tartamudea, aunque la palabra siga rápida é incesante; el rostro aparece enrojecido y bultuoso, y los ojos se presentan brillantes y congestionados.

El pulso es frecuente y la piel resulta ardorosa y cubierta de sudor. Hay insomnio absoluto. Los enfermos hablan contínuamente; insultan á cuantas personas los rodean; ven fantasmas y enemigos por todas partes; se quejan de estar sujetos, y amenazan y suplican que se les ponga en libertad para sustraerse de peligros imaginarios. Dícese tambien que los pacientes se preocupan mucho de todo lo relativo á su profesion ó á las últimas preocupaciones que han sufrido; pero, aunque esto sea muy general, no siempre es exacto. Tienen sed abrasadora y la boca encendida, por mas que no la falte humedad. Rara vez sufren evacuaciones involuntarias; pero como carecen de todo género ideal acerca de su posicion, no se molestan por satisfacer en la cama todas las necesidades. Cuando pueden escapar, corren á la casualidad, sin direccion y sin objeto determinado, y se dejan conducir mas ó menos fácilmente. Cantan, rien y lloran de una manera alternativa y sin razon alguna; conocen á ciertas personas, etc.

Generalmente este estado dura unos cuantos dias; y al disminuir la agitacion, va poco á poco sustituyéndose por cierto aniquilamiento gradual que termina en un sueño largo y profundo, acompañado de sudores, flojedad de pulso, etc. Al despertar, los enfermos se hallan tranquilos, pero quebrantados y con agujetas; carecen de todo recuerdo acerca de lo que ha sucedido en locura transitoria; tienen la lengua entorpecida, y la boca pastosa, amarga y aunque húmeda, con sed viva; no experimentan ya, por fin, género alguno de temblor, pero necesitan un reposo muy largo para reparar sus fuerzas.

El *delirium tremens* ofrece variaciones. Hace bastante tiempo que se admitió un *delirium tremens crónico*, el cual, segun muchos autores, y particularmente Delasiauve, deberia pertenecer mejor á la *locura* ó *mania alcohólica*. Y el mismo autor refiere una *forma grave* ó sobreaguda de *delirium tremens*.

Lo que principalmente distingue á la forma *sobreaguda* es la enorme actividad nerviosa. El enfermo no da paz ni tregua; ninguna parte de su cuerpo se halla exenta de agitacion; todos sus miembros tiemblan; bultuosa, enrojecida y hasta de color de violeta su fisonomía, no deja de gesticular por el extremecimiento pronunciado de los músculos que la componen; sus ojos bailan en las órbitas; y en cuanto á su piel, caliente y ardorosa, se la ve humedecida con un gran sudor viscoso, que generalmente exhala olor alcohólico. La lengua puede conservar su frescura ordinaria; pero lo mas frecuente es que se halle seca hácia los bordes y en la superficie, y cubierta del mismo modo que los labios con costras fuliginosas. Tambien es regular que la sed sea viva é inextinguible, la respiracion mas ó menos molesta y la alteracion de las facciones propia de una postracion profunda. En cuanto al pulso, unas veces es acelerado y deprimido, y otras contrasta por su ritmo casi normal con el conjunto de los demás síntomas. El espíritu, á su vez, se encuentra víctima de alucinaciones, y con especialidad de la vista, cuya rápida sucesion ocasiona una movilidad incesante.....

Es muy difícil atribuir una duracion exacta á la œnomanía sobre aguda. La mayor parte de nuestros enfermos han llegado á ponerse furiosos, de una manera rapidísima, sin que nos pudieran suministrar datos acerca de la fecha en que comenzaron los síntomas. De los pocos que han curado, el regreso á la libertad moral se ha conseguido entre ocho y quince dias. Esta variacion, sacada de los hechos que los autores refieren, se concibe perfectamente por depender á la vez de las bebidas que se consumen, de su naturaleza, y de la impresionabilidad y del estado físico y moral de los sugetos.» (Delasiauve.)

La muerte puede ser el resultado del *delirium tremens*, al contrario de lo que opinan Ware y Calmeil, quienes dicen que apenas muere un enfermo por cada veinte. Datos publicados en 1842 por el doctor Bongard, establecen que de cada 447 casos de *delirium* observados en Copenhague, Paris y Bruselas, resultaban 85 muertos, lo que da casi $^{1}/_{5}$ de mortalidad (Grisolle, p. 58). En los cinco años trascurrido desde 1838 á 1843, de 237 atacados de *delirium*, vistos por los médicos del Hospital europeo de Bombay, fueron víctimas 41 (17, 8 p. $^{0}/_{0}$) de los casos admitidos. La tendencia que los enfermos tienen generalmente á continuar excediéndose en los licores, sujeta á muchas recaidas el delirio de los borrachos; así es que podemos contar hasta cuatro ó cinco accesos en un mismo individuo. De ningun modo convendria deducir de aquí que la terminacion del hábito de embriaguez preserve en absoluto de dichas recaidas. Algunos autores han demostrado la presencia de dichos accidentes en personas que se habian hecho luego sóbrias; Le Roy de Mericourt, tambien lo ha visto entre reos que habian estado muchos años en presidio, y Lancereaux ha comprobado la exactitud del hecho con una

mujer que dos veces habia suspendido la costumbre que tenia de beber ajenjos.

2.° *Lipemanía alcohólica.*—«En esta forma, las alucinaciones son las que constituyen el fondo de la enfermedad; tambien representan el síntoma dominante, de donde irradian los demás trastornos del pensamiento, y no pocas veces existen solas y sin desórdenes de cualquier otro género.

Las alucinaciones se refieren por lo general al oido y á la vista simultáneamente; pero con mas frecuencia aun al oido solo.

Extraordinariamente distintas en cuanto á su objeto, dichas alucinaciones ofrecen un carácter que las aproxima, y que por su constancia viene á ser casi patognomónico. Son de *naturaleza triste y depresiva*..... Cuando el delirio de las sensaciones pasa con dicho carácter al pensamiento, la alucinacion llega á ser orígen de concepciones delirantes que afectan, como es natural, idénticos rasgos de tristeza y de melancolía..... Y una consecuencia frecuente de esta clase de alucinaciones es el *suicidio*.» (A. Fournier.)

Los diferentes trastornos del sistema nervioso antes enumerados podrán coincidir con los desórdenes intelectuales, gozando entretanto las demás funciones de toda su integridad.

Esta escena suele durar muy poco tiempo. Apenas resiste mas que algunas semanas. Pero tambien es capaz de prolongarse durante algunos meses.

«Los trastornos intelectuales que acabamos de recorrer son estados pasajeros que los enfermos pueden atravesar una ó varias veces antes de recuperar su razon. Y de ningun modo llegan á ser etapas precisas del alcoholismo. Muchos sugetos llegan al último término de la intoxicacion sin pasar por crísis agudas intermedias. Y entonces resultan, salvando todo género de sacudidas, ya una debilidad intelectual progresiva que corre por una irresistible pendiente hasta el idiotismo, ya los trastornos característicos de la peri-encefalitis crónica difusa. Y otras veces tambien, como afirma Morel, se realiza una invasion repentina de demencia con postracion de fuerzas, aniquilamiento general y muerte rápida. El *período terminal* del alcoholismo crónico, puede presentarse bajo dos aspectos diferentes: *demencia* y *parálisis general*.

En este caso, la parálisis general se aproxima bastante á la parálisis general progresiva, aunque muchas veces sea no poco difícil establecer el diagnóstico, Magnus Huss, Lasègue y J. Falret, han estudiado perfectamente los signos diferenciales, y A. Fournier los ha resumido en un cuadro sinóptico muy bien hecho (véase la obra citada).

La *parálisis general* no deja tambien de constituir otra de las formas particulares del alcoholismo. Y entre los últimos accidentes que esta intoxicacion crónica determina por parte de los centros nerviosos, todavía podremos citar: las *congestiones cerebrales*, las *he-*

morragias de la pulpa *nerviosa*, las *hemorragias meningeas*, el *reblandecimiento de forma crónica* y la *encefalitis aguda*.

§ II.—Lesiones anatómicas.

Aparato digestivo.—Muchos bebedores tienen la *mucosa lingual* de un color rojo anómalo, hendida, desprovista de epitelio y con papilas voluminosas é hipertrofiadas. La *mucosa laringea* suele sufrir una modificacion análoga. El *estómago* conserva rara vez sus dimensiones normales: ya la cavidad del órgano se dilata, adelgazándose sus paredes no endurecidas; ya, por el contrario, y mas adelante sin duda, dicha cavidad se contrae, llegando á presentar una capacidad que no excede de la del colon trasverso. Al color rosado de la mucosa sana sucede una abundante inyeccion rojiza, bajo forma de placas diseminadas, que ocupan sobre todo la region próxima al cardias y la curvadura menor. En otro período mas adelantado, la mucosa gruesa, dura y como retraida, ofrece un color gris con puntos negros. Tambien la mucosa puede sufrir una ó varias ulceraciones. La lesion á que nos referimos, ha sido objeto de estudio muy detenido en estos últimos años por Leudet, de Rouen (1).

Rara vez se afecta durante el alcoholismo el *intestino delgado*; pero no ocurre lo mismo con el *ciego*, donde desde luego se ven aparecer alteraciones muy análogas á las del estómago.

Las *lesiones hepáticas* que se pueden considerar como un tipo en la especie, son de dos clases, segun que interesan la trama de la sustancia conjuntiva ó las células propias del órgano, constituyendo una hepatitis ó una alteracion grasa. La esteatosis y la cirrosis, son efectivamente los dos modos patológicos bajo los cuales se presenta el alcoholismo en el hígado (Véase tomo IV, p. 231 y 265).

El *peritoneo*, el *mesenterio* y los *epiplones* ó redaño, pueden llevar consigo depósitos adiposos ó flegmasías adhesivas.

Aparato respiratorio.—Magnus Huss, ha observado el color de violeta, la inyeccion de la mucosa de la *laringe* y su hinchazon. Tambien los *pulmones* suelen congestionarse, principalmente hácia los bordes posteriores y hácia la base. Del mismo modo ocurre encontrar uno ó varios lóbubos endurecidos. Por causa de la frecuencia y de la gravedad de la neumonía de los borrachos, es muy fácil encontrar todas las alteraciones consecutivas de esta localizacion morbosa. Huss por su parte ha visto muchas veces la dureza crónica.

Sistema circulatorio.—a. *Sistema venoso.*—La *vena porta* y la *arteria pulmonal* se hallan sometidas expecialmente al influjo patogénico del alcohol. La inflamacion adhesiva es quizás el mal que hallamos con mas frecuencia. La *pileflebitis* y la *flebarteritis*

(1) Leudet (de Rouen), *Des ulcères de l'estomac à la suite de l'abus des alcooliques*, 1863.

membranosas pueden ocurrir por resultado de las manifestaciones del alcoholismo crónico. Huss dice que en la *aorta* torácica y en las *arterias cerebrales* de los bebedores principalmente, ha visto placas diseminadas que se llaman ateromatosas. Por causa de la frecuencia de la pericarditis entre los borrachos, no es raro encontrarse con las lesiones que deja dicha enfermedad bajo la forma adhesiva.

El *corazon* participa asímismo de diferentes lesiones. Al principio, es decir, cuando se ha prolongado poco el abuso, el corazon, poco mas voluminoso que en el estado normal, se distingue por un depósito graso abundante, sobre todo en la base y sobre el trayecto de la arteria coronaria anterior. Pero en otro período mas avanzado, el depósito graso llega á formar una especie de corona en la base del corazon y á recubrir al mismo tiempo el borde ó aun la totalidad del ventrículo derecho (Lancereaux).

El volúmen del corazon aumenta generalmente; las placas lechosas existen en su pared anterior; el color de los tejidos musculares es amarillento, su consistencia blanda y su friabilidad extraordinaria.

Nunca van aisladas las alteraciones cardiacas; al contrario, siempre coinciden con alguna otra lesion cuyo orígen alcohólico no se puede demostrar. La cohexistencia de las enfermedades de corazon con la cirrosis, ocurre muchas veces entre los borrachos (Budd).

El *bazo* se vuelve por lo comun voluminoso, blando y friable, y rara vez es difluente, pero no pocas aparece sembrado de manchitas hemorrágicas.

Aparato de la inervacion.—Las alteraciones de las membranas, son tan frecuentes, que puede decirse que nunca faltan en los borrachos antiguos, que sucumben de accidentes cerebrales crónicos. Sus caractéres anatómicos son los de las inflamaciones adhesivas.

La sustancia gris de las circunvoluciones del *cerebro* y del *cerebelo*, la de los *tálamos ópticos* y la de los *cuerpos extriados*, es donde se observan mas habitualmente las lesiones producidas por los licores espirituosos. Una de las mas frecuentes consiste en una especie de arruga con endurecimiento y atrofia de la masa encefálica (*peri-encefalitis difusa atrófica*). Al lado de las lesiones difusas, tambien llegan á demostrarse entre los bebedores trastornos mas limitados y mejor circunscritos (*encefalitis circunscrita*, *trasformacion grasa*) (Lancereaux).

Aparato génito-urinario.—A pesar de las divergencias que existen entre los mas competentes observadores acerca del influjo que pueden ejercer los alcohólicos, sobre la inflamacion de los riñones, hay precision de convenir en que muchas veces la enfermedad llamada de *Bright* no reconoce otra causa que los excesos de bebidas espirituosas, ni es mas que una manifestacion del alcoholismo crónico. Ahora bien; en estas circunstancias, el estado anatómico de los riñones se presenta bajo dos formas distintas. En la primera, los epite-



lios llenos de sustancia grasa, son el sitio principal de la alteracion; en la segunda, la materia conjuntiva es la que se interesa mas particularmente. La lesion puede calificarse de nefritis (Lancereaux).

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

«El alcoholismo crónico se manifiesta despues de un tiempo mas ó menos largo, en ocasiones hasta despues de varios meses y de algunos años, á partir desde el momento en que han comenzado los excesos de la bebida, siendo su principio insidioso. Generalmente los trastornos digestivos son los que empiezan la escena; en seguida se presentan las alteraciones nerviosas: aparece luego el temblor y las distintas modificaciones de la sensibilidad; no tardan en presentarse las alucinaciones, las convulsiones y los ataques apoplectiformes, y hasta el delirio estalla muchas veces con motivo de cualquier accidente ó estado patológico.

A todos esos fenómenos de la excitacion sigue generalmente un estado depresivo mas ó menos marcado de las diferentes funciones orgánicas, manifestándose entonces las diarreas transitorias, las hematemesis y las enterorragias propias de las degeneraciones del hígado y de los riñones. La sensibilidad va disminuyendo, hasta extinguirse; la parálisis invade poco á poco todos los miembros; bajo el punto de vista moral, se desarrollan las peores tendencias; los sentimientos morales llegan á desaparecer por completo, y el individuo cae casi siempre en un embrutecimiento absoluto.

Este conjunto patológico no corresponde sin duda á todos los casos. Ya los desórdenes morales son nulos ó insignificantes, consistiendo principalmente la enfermedad en la alteracion de una ó de varias vísceras abdominales ó torácicas; ya, por el contrario, dichos órganos resultan muy poco lesionados, y las manifestaciones predominantes se limitan al aparato de la inervacion.

La *duracion* del alcoholismo, varía por necesidad y no puede reducirse á los límites determinados. Dichos límites son tanto menores cuanto que los excesos son mas frecuentes y característicos; y además se hallan siempre subordinados al espacio propio de la localizacion morbosa, á la importancia funcional de los órganos afectos y á la naturaleza de las bebidas objeto de los excesos.

El alcoholismo termina por *curacion*, por cierto grado de *mejoría* ó por *fallecimiento*. La curacion puede observarse siempre que los accidentes se hallen limitados á desórdenes nerviosos de corta duracion y de pequeña intensidad y cuando no exista lesion alguna grave de los parénquimas. La recaidas son frecuentes y las recidivas no lo son menos. La muerte puede ser el resultado del desarrollo de las lesiones orgánicas que tienen por localizacion mas especial el cerebro, el hígado, el pulmon, el corazon ó los riñones, y alguna, aunque rara vez, el estómago. Entre las enfermedades intercurrentes

que contribuyen á favorecer las terminaciones fatales, conviene citar en primer término, la neumonía, la pleuresía y la erisipela. (Lancereaux.)

§ IV.—Pronóstico.

El alcoholismo es una afeccion importante, y algunas veces gravísima, ya por causa de la dificultad que oponen los individuos atacados de ella á prescindir de sus funestos hábitos, como por la pequeñez de la accion de los medios terapéuticos sobre las lesiones materiales que engendra el abuso de los espirituosos.

El pronóstico varía de importancia segun el período á que ha llegado la afeccion, segun la edad, la profesion, etc.

Tambien el alcoholismo es una enfermedad grave por los peligros que acarrea en sociedad, determinando infinitas tentativas de asesinato, de suicidio, etc., y además por su pernicioso influjo sobre las razas.

§ V.—Causas.

El abuso largo tiempo continuado de las bebidas alcohólicas es la mayor y única causa de la importante enfermedad que nos ocupa; pero dicha causa nunca se presenta en un estado de sencillez perfecta. Muchas y muy distintas influencias vienen á modificar su accion, atenuando ó aumentando los efectos correspondientes: influencias del líquido, del tiempo, de los lugares, de la edad, del sexo, de las enfermedades, etc. Ahora bien; como este estudio nos llevaria demasiado lejos, recomendamos al lector los excelentes artículos de A. Fournier y de Lancereaux, quienes han resumido con gran talento cuanto se ha escrito últimamente acerca de la materia.

§ VI.—Tratamiento.

El alcoholismo no es solamente la enfermedad de uno ó de varios individuos, sino un mal social que progresa y se extiende. Reprimir la pasion de la bebida es un deber que tienen siempre que llenar tanto los médicos como los enfermos. Siendo la profilaxia de la embriaguez del dominio de la higiene pública, nos limitaremos, respecto de este punto, á reproducir los deseos formulados por Lancereaux: «Castigar la embriaguez desde el momento que sirve para perturbar el órden, producir la violencia ó llamar la atencion pública. Pero bajo tal concepto, deberíamos reclamar de las leyes francesas extraordinaria rigidez: gravar los licores fuertes con un impuesto cada vez mas considerable, siguiendo las necesidades de la industria; disminuir, por el contrario, la cuota relativa al consumo de las bebidas simplemente fermentadas, no conceder, en caso alguno, autorizacion para

abrir despachos consagrados solo á la venta de aguardientes y licores de cualquier clase que sean; instruir al pueblo, é inspirar á la juventud el amor al trabajo y rechazar la corrupcion, dándole á conocer los buenos resultados del uno y del pernicioso influjo de la otra. Esta última mision, que incumbe especialmente á los maestros de escuela, al clero y á los médicos, encontrará siempre, como no puede menos de suceder, hombres que la ejerzan con celo y con abnegacion.»

En lo que concierne al tratamiento del *alcoholismo crónico* procuraremos reducir á tres puntos principales las indicaciones terapéuticas, tomando por ejemplo al doctor Magnus Huss:

1.° Alejamiento de las causas.
2.° Mejoría de la nutricion y de las fuerzas asimiladoras.
3.° Excitacion de la accion nerviosa.

«La terapéutica de Magnus se funda en indicaciones muy sencillas, y se compone de medicamentos poco variados. Alejar las causas que mantienen la enfermedad es sin duda alguna la primer indicacion que debe llenarse; en seguida hay que procurar, por medio de un buen régimen de diferentes tónicos y de purgantes fuertes, que se corrijan los trastornos de la digestion, y por fin tambien se emplearán, segun los casos, todos los agentes propios para combatir las enfermedades nerviosas, antiespasmódicos como la asafétida, y estimulantes especiales como la nuez vómica. Un remedio solo exige mencion particular: el aceite empireumático que da su sabor especial al aguardiente de patatas *(fermentoleum solani)*, en dósis de 5 á 10 centígramos, cinco ó seis veces por dia, con una pocion á propósito, ó bajo la forma de píldoras. Este producto parece que obra especialmente disminuyendo los dolores epigástricos y la piróxis, por lo cual convendria colocarle entre aquellos cuya eficacia se halla mejor demostrada en virtud de la experiencia. Hablemos ahora de ese medicamento extraño, cuya misma singularidad le ha hecho doblemente célebre, y á quien los nuevos trabajos del doctor Nasse comunican mayor interés. Ya sabemos que el medio propuesto y usado con gran atrevimiento por un compatriota del doctor Huss, consistia en curar la dipsomanía alcohólica mediante el abuso mismo del alcohol llevado á sus últimos límites; y no ignoramos tampoco que el éxito se ha exagerado ó deprimido á placer de los partidarios ó de los adversarios del dicho método. Nasse ha repetido los experimentos, y el resultado de sus observaciones no ha podido ser mas favorable. Añadiendo alcohol á todas las bebidas y á todos los alimentos de los dipsómanos, consigue inspirar á estos enfermos el mayor horror hácia los licores de que abusan, y hacer que aborrezcan hasta el aroma que exhalan. Sin perjuicio de ello, la curacion no siempre es duradera, y al cabo de cierto tiempo nada tiene de extraño que vuelvan á notarse las reincidencias. Por otra parte, esta medicacion, empleada con una persistencia sin la cual apenas tendria valor alguno, no se halla des-

provista de determinados riesgos; y Nasse mismo ha observado cómo la intoxicacion artificial á que nos referimos originaba la muerte.» (Lasegue.)

Para combatir los síntomas nerviosos del alcoholismo crónico, Macet aconseja el óxido de zinc pulverizado en dósis de 10 centígramos, dos veces al dia y una hora despues de cada comida. De 48 en 48 horas se aumenta la dósis 10 centígramos, hasta que el enfermo tome 30 ó 40 centígramos por dia. Aunque la curacion quede asegurada generalmente desde las tres hasta las seis semanas, lo general es que persista siempre la debilidad del sistema muscular.

Hay en el alcoholismo indicaciones positivas que bajo concepto alguno conviene despreciar, y que nacen del estado de anemia ó de caquexia en que se hallen los enfermos. Y á estas indicaciones responden los preparados de hierro y de quina, y sobre todo la hidroterapia.

Tratamiento del delirium tremens.—«Se han hecho infinitos esfuerzos, dice A. Fournier, para tratar una enfermedad que, en la inmensa mayoría de los casos, cura por sí misma sin plan alguno. De todos esos ensayos terapéuticos, la ciencia ha deducido que ninguna medicacion es capaz de curar completamente el *delirium tremens*, y que si existe el específico, aun no se ha logrado descubrirlo;—que de todos los planes propuestos hasta el dia, ninguno puede aconsejarse como método general;—que las sangrías moderadas son comunmente inútiles, salvo los casos en que se empleen para combatir una congestion encefálica positiva y violenta, y que dichas sangrías, repetidas y abundantes, llegan á ser mortales de un modo indudable;—que los vomitivos y los purgantes no tienen accion directa sobre el delirio, y sólo responden á indicaciones secundarias;—que los vejigatorios contribuyen nada mas que á aumentar dicho delirio y el furor de los enfermos; y que el uso de los estimulantes y de los alcohólicos es á la vez anti-racional y experimentalmente peligroso, etc.»

Aun no está muy lejos la época en que el *opio* se consideraba tradicionalmente como específico del *delirium tremens*. Este remedio heróico, decian, debe administrarse *larga manu*, y repetirse sin temor á los accidentes, hasta que se duerman los enfermos. Terminando el exceso alcohólico por un sueño dilatado y favorable, parecia racional que se imitase á la naturaleza mediante la provocacion de esa causa salutífera. Y las observaciones, por lo demás, venian en apoyo de este modo de ver, pues que muchos enfermos curaban con el referido medicamento en dósis regulares y aun bastante altas (1, $2\frac{1}{2}$ y aun $3\frac{1}{2}$ gramos de opio durante cuarenta y ocho horas). Pero ya ha tenido lugar una reaccion extraordinaria contra dicho método. Los hechos observados últimamente y la mejor crítica de todos ellos ha dado en tierra con la pretendida eficacia del opio. Ya habia visto Esquirol curarse enfermos, en tres dias tomando una simple bebida acídula ó

laxante. Algunos casos desgraciados han venido á demostrar tambien que, lejos de curar siempre, el opio ha facilitado la terminacion mortal produciendo un coma apoplectiforme. En un notable trabajo, publicado el año de 1831, J. Ware dió á luz la idea de que acarreando el acceso del delirio alcohólico un insomnio absoluto, la produccion del sueño *no constituia una crisis*, sino que era consecuencia natural de la curacion; y además probó que durando el ataque por término medio y sin tratamiento alguno tres ó cuatro dias, cedia espontáneamente en la mayor parte de los casos. En 1841 el profesor Dunglison (de Filadelfia) protestó mediante ciertas cifras contra el método llamado específico. Peddie, Leycock, etc., sostuvieron tambien idénticas ideas; y muy pronto llegaron á invocarse infinitas estadísticas á favor del método puramente expectante. (Lasegue.)

La práctica de los médicos franceses se ha modificado en igual sentido. El opio tiende cada dia á desaparecer mas en el tratamiento referido, por lo menos respecto de los casos ordinarios. Ahora bien: ¿convendrá mejor en las formas de delirio superagudo, como supone Delasiauve? Pero esta es una cuestion que exige nuevos hechos para juzgarla en último resultado.

El secuestro y la vigilancia de los enfermos, los cuidados higiénicos, las bebidas acídulas, una alimentacion ligera, etc., hé aquí lo que generalmente basta para conseguir la curacion. Sin embargo, este método expectante no excluye el uso de medicamentos que satisfagan á otros extremos: laxantes, por ejemplo, contra el extreñimiento; vomitivos para combatir la saburra; baños tibios prolongados y aplicaciones refrigerantes sobre el cráneo en casos de excesiva agitacion, etc., todos medios muy á propósito bajo el concepto de agentes secundarios, pero insuficientes de una manera absoluta como curativos del delirio ébrio.

Añadamos á esto que no hace mucho fueron extraordinariamente preconizados dos agentes como los mejores para ejercer un influjo saludable é inmediato sobre los accesos del *delirium tremens*: el *cloroformo* y la *digital*. Administrando el primero, segun ciertos médicos, bajo la forma de inhalaciones repetidas, debe conducirse como sedante instantáneo, y determinar una curacion rápida y completa. En concepto de Richardson, por el contrario, la accion de dicho remedio debe ser esencialmente transitoria y fugaz; no calmará los accidentes sino para dar lugar á que se reproduzcan, y habrá de considerarse peligroso, por cuanto pueda determinar una asfixia repentina y fatal á causa de una congestion de los centros nerviosos, y sobre todo del parénquima pulmonal.—La digital en *muy altas dósis* es la que parece haber producido sobre todo mejores resultados en manos del doctor Jones: 66 enfermos curados entre 67 casos, de los cuales hubo muchos bastante alarmantes. El médico formula así el atrevido tratamiento, que le inspiró, segun dice, un error cometido al preparar su prescripcion: «Adminístrense primero 12 gramos de tin-

tura de digital en un poco de agua. Como esta dósis no bastará sino en muy corto número de casos, habrá que dar generalmente la segunda de otros 12 gramos, cuatro horas despues de la primera. Algunas veces, aunque raramente, se hace precisa la tercera; pero no deberá pasar entonces de 6 gramos, siendo el sueño quien indique si se ha de repetir ó no el medicamento. La mayor cantidad de tintura que he llegado á prescribir jamás pasó de 36 gramos en diez horas. En dósis elevadas parece que la digital obra sobre el cerebro y de ningun modo sobre el corazon. Como consecuencia de ello, produce el sueño y la curacion; lejos de deprimir el pulso, lo hace mas lleno, mas fuerte y mas regular, no determinando, en fin, síntoma alguno que dé mayor cuidado... Es preciso guardarse bien, añade el autor, de disminuir las dósis ya indicadas, porque una cantidad menor, no solo seria ineficaz, sino que tal determinára graves perjuicios. Las dósis de 2 ó 3 gramos no sirve para cosa alguna. Yo mismo la he visto hacer el pulso intermitente, lo que jamás sucede empleando dósis cuatro veces mas considerables. Tambien he tenido ocasion de observar que estas últimas, cuando el pulso era débil é intermitente, le devolvian su fuerza y su regularidad, lo que prueba que la accion benéfica de la digital en altas dósis recae principalmente sobre el sistema nervioso y sobre los órganos de la circulacion.»

ARTÍCULO II.

ENVENENAMIENTO POR MEDIO DE LA ANILINA Y DE LA NITRO-BENCINA.

El uso cada vez mayor que se hace de los colores de anilina ha dado lugar á que crezca de un modo considerable la fabricacion de dicha sustancia y de todos los productos derivados de ella.

Los operarios que se ocupan de obtenerla sufren distintos accidentes que han sido objeto de profundo estudio, no solo por parte de muchos médicos de Francia, sino del extranjero (1). Nada mejor podemos hacer aquí que trasladar, acerca de una materia tan nueva y tan importante, el resúmen de la Memoria que el doctor Bergeron presentó á la Academia de medicina (2).

«La fabricacion de los colores de anilina (rojo y azul de fuchsina)

(1) Shuchardt, *Influence de l'aniline sur l'économie animale (Archiv. für pathol. Anat.*, t. XX, 5.ª et 6.ª liv., 1861).—Knaggs et Mackencie, *Empoisonnement par l'aniline (Medical Times and Gazette*, 8 mars et 7 juin 1862; *Ann. d'hyg. publ.*, 2.ª série, 1863, t. XX, p. 467).—Charvet, *Étude sur une épidèmie qui á sévi parmi les ouvriers employés à la fabrication de la fuchsine*, thése. Paris, 1864, n.º 116.—Fritz, *De la nitro-benzine, de l'aniline et des couleurs d'aniline, considérées au point de vue de la santé publique (Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 49, 113.)—Sonnenkalb. *Anilin und Anilinfarbers*. Leipzig, 1864.

(2) Bergeron, *Mémoire sur l'emploi et la fabrication des couleurs d'aniline (Bulletin de l'Academie de médecine*, t. XXX, p. 327, sèance du 31 janvier 1865).

comprende una série de operaciones complicadas donde se producen ó ponen en actividad sustancias muy diversas, de las cuales unas son inofensivas, mientras que otras ejercen sobre la salud de los obreros un influjo mas ó menos perjudicial. Los vapores de bencina, poco concentrados, por ejemplo, parece que no causan operacion en las fábricas de anilina. Pero las emanaciones de nitro-bencina y de anilina, por el contrario, producen trastornos funcionales muy diversos: sobre las vias digestivas, síntomas frecuentes de alteracion gástrica, aunque de escasa duracion y gravedad; y por parte de los centros nerviosos, cefáleas y vértigos que desaparecen, generalmente despues de algunas semanas de aprendizaje, síncopes, y además fenómenos mucho mas graves, pero completamente excepcionales del coma, complicados á veces con delirio y con movimientos convulsivos.

La nitro-bencina debe actuar como un verdadero estupefaciente; y la anilina como un excitante enérgico del sistema muscular. Ambas sustancias se hallan tambien en el caso de producir cierto grado de analgesia de los miembros superiores, y por excepcion, parálisis muscular localizada.

»Uno de los efectos constantes de las emanaciones de anilina y de nitro-bencina, consiste en dar á los obreros cierto aspecto anémico, incompatible, al parecer, con el consumo de fuerza que reclama su trabajo. Pero mas tarde llega en realidad la cloroanemia con una multitud de síntomas característicos. En cuanto á las erupciones vesiculares y pustulosas, y á las ulceraciones, son resultado de la accion de los compuestos arsenicales que se emplean en esta industria.»

Los medios de tratamiento que se usan contra los accidentes nerviosos, son fricciones secas y aromáticas, sinapismos, pociones con éter, bebidas calientes, aromáticas y alcoholizadas, y por último, el plan higiénico y medicamentoso propio de la cloro-anemia.

ARTÍCULO III.

ENVENENAMIENTO POR MEDIO DEL SULFURO DE CARBONO.

A los trabajos del doctor Delpech es á quien debemos las nociones mas completas que se conocen acerca de la intoxicacion con el sulfuro de carbono (1). Por eso tomaremos de dicho autor los detalles siguientes:

(1) Delpech, *Mémoire sur les accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur*, Mémoire lu á l'Académie de médecine, 15 janvier 1856. Paris, 1856, *et Nouvelles recherches sur l'intoxication spéciale que détermine le sulfure de carbone (Annales d'hygiéne publique*. Paris, 1863, t. XIX).—Voyez aussi J. B. Tavera, *De l'intoxication par le sulfure de carbone*, thése. Paris, 1865, n.º 70.

Los fabricantes de caoutchouc son con mucha frecuencia víctimas del sulfuro de carbono, que utilizan para disolver dicha sustancia y soldar placas ó láminas de ella.

El sulfuro de carbono se volatiliza en cuanto se halla al aire libre esparciendo vapores nauseabundos, insoportables y perniciosos.

Hé aquí ahora el resúmen de los trastornos que produce sobre la inteligencia, la sensibilidad general ó especial, la generacion, la motilidad, la digestion, la circulacion y los órganos respiratorios y secretores.

§ I.—Síntomas.

Trastornos intelectuales.—Se altera la *memoria* de tal modo, que los enfermos olvidan todos los detalles de su profesion, viéndose precisados á buscar las palabras mas comunes. El carácter se vuelve extraordinariamente irritable; la excitacion del dia, se trasmite á la noche bajo forma de insomnio, y luego el entorpecimiento sigue á la irritacion.

La *sensibilidad general* se trastorna medianamente. Cefalalgias, vértigos, dolores en los miembros, hormigueo general, adelgazamiento é hiperestesia, lo que es mas raro aún, tales son las alteraciones que experimentan los enfermos.

Los *órganos especiales de los sentidos* tambien se influyen profundamente, observándose amaurosis, sordera y trastornos del olor y del gusto que se refieren siempre á sulfuro de carbono.

Las *funciones de la generacion* languidecen y aun llegan á anularse en ambos sexos.

Las *alteraciones de la motilidad* son graves y variadas. Unas veces adoptan la forma tóxica: rigidez marcada de los dedos y de los miembros torácicos, y calambres dolorosos. *Otras veces* presentan la forma *clónica*: movimientos involuntarios de los párpados. Y otras, por fin, producen el *aniquilamiento* progresivo de la potencia muscular, que principia generalmente por los miembros inferiores y de donde resulta el paso propio de la embriaguez, la imposibilidad de subir y bajar y la dificultad de apretar y aun de coger los objetos con la mano. La contraccion muscular es *temblorosa*, y se distingue en cada músculo por palpitaciones fibrilares. Los *extensores* de los dedos presentan todas las alteraciones precedentes en el mayor grado posible. Los *supinadores* tambien suelen atacarse con frecuencia.

La *atrofia muscular* sobreviene sin que se pierda la excitabilidad eléctrica.

Trastornos digestivos.—La anorexia llevada hasta la inapetencia, las náuseas, el *vómito* alimenticio ó bilioso, los *cólicos* sin extreñimiento ni diarrea constante, la fetidez de los gases y el olor de sulfuro de carbono que exhalan las materias fecales, tales son los principales trastornos que ofrece el tubo digestivo.

La *respiracion* nada presenta de notable, como no sea el aliento,

el cual tiene olor de sulfuro de carbono. Y lo mismo ocurre con la *circulacion*.

Las *secreciones urinarias* huelen á sulfuro de carbono, volviéndose la orina rojo-parda cuando se la trata con los álcalis cáusticos. Las sales calizas abundan mucho en ellas.

La *caquexia*, en fin, completa el envenenamiento que consume lentamente á los enfermos.

§ II.—Curso, duracion y terminacion.

Unas veces *el principio es brusco*, manifestándose por síntomas de embriaguez; otras es lento y progresivo. Ambas maneras de desarrollarse, se refieren á dos formas distintas: la *forma aguda* y la *forma crónica*, siendo la segunda mas frecuente que la primera.

La invasion es variable en sus relaciones con la influencia tóxica, y estalla algunas veces desde los primeros dias que se expone el individuo á los vapores nocivos, por mas que tambien á veces tarde algunos años.

No se conoce ejemplo de muerte; y la extrema volatilidad del veneno explica muy bien las mejorías rápidas que sobrevienen cuando desaparece la causa durante algun tiempo.

§ III.—Pronóstico.

Es *muy funesto* si se considera el conjunto de las perturbaciones de las funciones fisiológicas; *menos grave* si se tiene en cuenta la *lentitud* habitual de los accidentes, y la posibilidad de una curacion por influencia solo de la higiene, y se agrava con el número de las recaidas.

§ IV.—Etiología.

No hay que atribuir la enfermedad al carbonato plúmbico que se mezcla algunas veces con el caoutchouc en ciertos procedimientos de volcanizacion, sino á la evaporacion del sulfuro de carbono, cuyo influjo tóxico se pone en juego por falta de ventilacion de los cuartos donde trabajan los operarios. Efectivamente, en los talleres grandes, son muy raros los accidentes, lo mismo que en las fábricas al aire libre.

La demostracion del influjo de los vapores de sulfuro de carbono, se obtuvo considerando los efectos mortales que produce sobre los pájaros ó los mamíferos expuestos accidentalmente ó en experimentos á la volatilizacion de dicho líquido.

Los operarios casi siempre son *adultos*. Los niños que perciben dichos vapores casualmente, enferman con bastante rapidez, y lo mismo sucede á los ancianos.

La borrachera predispone mucho al envenenamiento. La falta de ventilacion de los talleres; el vivir noche y dia en los departamentos donde se trabaja, y todas las operaciones que exigen gran cantidad de sulfuro de carbono contribuyen á aumentar el número de los accidentes.

§ V.—Diagnóstico.

La analogía de los síntomas obliga á comparar y á distinguir los accidentes debidos al sulfuro de carbono de la intoxicacion alcohólica crónica, de los envenenamientos por medio del plomo, del mercurio, de los gases resultantes de la combustion del carbon, del gas, del alumbrado, del cloroformo y de ciertas esencias y además de la parálisis general incipiente y de la atrofia muscular progresiva. La intoxicacion alcohólica crónica puede hallarse en operarios sujetos á la accion del sulfuro de carbono.

Pero comparando dichas afecciones con las de que aquí se trata, resulta que los *trastornos* profundos de la *digestion* faltan en la parálisis general en la *atrofia muscular*; que las *convulsiones epileptiformes* y el *extreñimiento* de la *intoxicacion saturnina*, faltan en el envenenamiento por medio del sulfuro, así como el *delirio*, tan constantemente observado en la *intoxicacion alcohólica*.

Las parálisis que producen los *vapores de carbon*, tienen algun punto de contacto con la parálisis procedente del sulfuro de carbono; pero las complicaciones respiratorias y la pérdida del conocimiento constituyen ramas separadas. No se conoce el efecto de la accion prolongada del cloroformo, por comparacion con la anestesia debida al sulfuro, que nunca se ha demostrado perfectamente.

CUADRO DE LOS CARACTÉRES DIFERENCIALES DE DICHAS AFECCIONES.

ENVENENAMIENTO POR MEDIO DEL SULFURO DE CARBONO.	INTOXICACION ALCOHÓLICA CRÓNICA.
Falta de delirio.	Delirio perfectamente caracterizado.
Nada de alucinaciones.	Alucinaciones positivas.
Debilidad muscular sencilla.	Temblor coreiforme.
Impotencia generadora absoluta.	Simple disminucion de las facultades generadoras.
SULFURO DE CARBONO.	**INTOXICACION SATURNINA.**
Diarrea frecuente.	Estreñimiento constante.
Nada de delirio.	Encefalopatía delirante.
Soñolencia sencilla.	Soñolencia comatosa.
Contraccion muscular temblorosa.	Convulsiones epileptiformes.
Irritabilidad eléctrica conservada en los músculos paralizados.	Irritabilidad no conservada.

SULFURO DE CARBONO.	INTOXICACION MERCURIAL.
Nada de estomatitis.	Estomatitis.
ENVENENAMIENTO POR MEDIO DEL SULFURO DE CARBONO.	**ENVENENAMIENTO POR MEDIO DE LOS GASES QUE RESULTAN DE LA COMBUSTION DEL CARBON.**
Olor especial de los vapores intolerable. Desmayo sumamente raro.	El olor que no es nauseabundo, puede pasar desapercibido.
SULFURO DE CARBONO.	**PARÁLISIS GENERAL INCIPIENTE.**
Sin tartamudez. Sin delirio. Simple debilidad de las piernas. Anorexia, náuseas y vómitos. Curacion por alejamiento de las causas.	Tartamudez. Delirio ambicioso. Marcha acompasada. Ausencia de trastornos digestivos. Incurabilidad absoluta.
SULFURO DE CARBONO.	**ATROFIA MUSCULAR PROGRESIVA.**
Músculos debilitados antes de la atrofia. Trastornos digestivos. Cefalalgia. Miembros inferiores invadidos primeramente.	Músculos atrofiados antes de debilitarse. Sin trastornos digestivos. Nada de cefalalgia. Prediléccion por el miembro superior derecho.

§ VI.—Naturaleza y clasificacion.

Los síntomas se encuentran juntamente bajo la dependencia de los vapores tóxicos que penetran en la sangre. Los trastornos digestivos dependerán tal vez de la fetidez de los gases; pero los nerviosos proceden sin duda alguna del envenenamiento general.

Se trata, pues, aquí de una *nevrosis por intoxicacion*.

Los glóbulos de la sangre disminuyen. La atrofia muscular observada á la larga se refiere á los trastornos de la nutricion.

§ VII.—Tratamiento.

Medidas higiénicas preventivas: 1.°, separar al enfermo de las causas de la intoxicacion; 2.°, restablecer su salud general; 3.°, hacer que desaparezcan los accidentes especiales.

1.° El operario abandonará su profesion cuando le sea posible, ó por lo menos la práctica de las operaciones que le expongan al influjo del sulfuro de carbono. Procurará tener su habitacion bien ventilada; trabajar al aire libre, y no cometer excesos alcohólicos.

2.° Alimentacion animal para combatir la tendencia próxima á la

atrofia de los músculos; estimular las funciones de la piel, y excitar las secreciones intestinales. Mas tarde los ferruginosos, si se pronunciara la anemia ó la caquexia.

3.° Despertar la accion nerviosa, hacer uso de estimulantes; preconizar la accion estrícnica (nuez vómica, haba de San Ignacio, estricnina, brucina, rhus toxicodendron), y unir á dichos medios el de la electricidad aplicada directamente sobre los músculos paralizados. Este plan debe emplearse sobre todo contra los accidentes nerviosos: debilidad muscular, parálisis y anafrodisia.

Medicacion racional.—Despues de haber fundado sobre bases sólidas el tratamiento de la intoxicacion sulfo-carbónica, Delpech quiso saber si existiria un agente capaz de neutralizar los efectos del sulfuro en el seno de la economía animal.

Partiendo de una idea puramente teórica, á saber: que despues que ha pasado el sulfuro al torrente de la circulacion, en virtud de su poderosa afinidad por los cuerpos grasos, debe actuar sobre las grasas fosforadas de la sangre y especialmente sobre los principios análogos á ellas que existen con gran abundancia en la materia cerebral, vióse precisado á preconizar el fósforo. Y esta feliz ocurrencia era tanto mas aplicable, cuanto que el fósforo, dotado de una accion estimulante indiscutible, si bien no llenaba el objeto deseado devolviendo á la sangre los elementos destruidos por el sulfuro de carbono, debia obrar por lo menos como agente neurosténico.

Los primeros ensayos, hechos sobre cinco casos, dieron resultados importantes. Bajo su influencia, los trastornos de la motilidad, los de la inteligencia y los de las funciones generadoras se corrigieron muy rápidamente.

Despues, otro género de experimentos vino á confirmar las opiniones de Delpech, ya concluyentes por sí mismas, y entonces el referido medicamento comenzó á considerarse, si no como específico, al menos como el agente mas á propósito para combatir las alteraciones sulfo-carbónicas. El fósforo puede administrarse disuelto ó bajo la forma de píldoras, á la dósis de 2 milígramos por dia, tomados en dos veces. Hé aquí la fórmula de Mialhe y Gobley:

Fósforo..................	5 centíg.	Aceite...............	18 gotas.
Sulfuro de carbono.......	20 gotas.	Magnesia.............	C. S.

Háganse 50 píldoras gelatinadas, cada una de las cuales contendrá 1 milígramo de fósforo en un tercio de gota de sulfuro de carbono.

Profilaxia.—Impedir á los operarios que trabajan dentro de las habitaciones el uso del sulfuro de carbono, líquido que de ningun modo deberá aplicarse en grandes cantidades cuando la elaboracion tenga lugar en cuartos dependientes de casas de vecinos. Establecer las fábricas y los talleres, siempre que sea posible, lejos de todo lugar habitado, y darles ventilacion ó disponerles completamente al aire

libre. Inspeccionar los aparatos, con la mayor frecuencia, para prevenir toda clase de fuga que pueda presentarse. Procurar que cierren herméticamente todas las vasijas que contengan el sulfuro. Sustituir la accion del calor á la del sulfuro expresado para ablandar el caoutchouc. Y como el peso específico de los vapores de dicha sustancia los dirija naturalmente hácia las partes bajas de los talleres, hacer que los pisos se hallen perforados para facilitar su desalojamiento.

Los niños, cuyo sistema nervioso es sumamente impresionable, no deberán tener entrada en los talleres bajo concepto alguno.

Los *operarios* habrán de vivir en aposentos distantes de los talleres; cuidarán de ser limpios con exageracion y de lavarse muy á menudo, y en fin, cambiarán de taller de cuando en cuando para sustraerse periódicamente de aquellos donde se desprendan los vapores tóxicos. (Racle.)

ARTÍCULO IV.

ACCIDENTES OCASIONADOS POR EL IODO.—IODISMO.

Segun Rilliet (1), la intoxicacion específica producida por el iodo y sus compuestos, es mas frecuente en las personas tratadas con pequeñas que con grandes dósis; en los casos de buena salud, que en los de diátesis confirmada y localizada, y en unos que en otros paises. Es rara con extremo entre los niños, y tanto mas de sentir, cuanto que los enfermos sean de edad mas avanzada. Representa la *saturacion iódica* la *afeccion constitucional* de Coindet y la *caquexia iódica* ó iodismo de algunos autores. Rilliet adopta la denominacion de *iodismo constitucional*. El iodismo puede existir en todos los grados. Desde el mas ligero adelgazamiento hasta el total desarrollo de la afeccion pueden existir varios términos que se resumen en estos tres conceptos:

Iodismo leve.

Iodismo de mediana gravedad.

Iodismo grave ó muy grave.

Iodismo leve.—Despues de usar mas ó menos prolongadamente el iodo, y al felicitarse ya los enfermos viendo cómo se extingue el bocio que les afectaba, no tardan en observar que han adelgazado y palidecido y que se hallan sumamente débiles. Las familias conocen

(1) Véase *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 349, y *Gazette hebdomadaire*, números 14, 15, 16 Abril 1860. Este trabajo fué objeto de un informe extenso y discretísimo, que se leerá con interés. (*Bulletin de l'Académie*, 1860, tomo XXV, p. 382). La importante discusion que siguió á la lectura de dicho informe y en la cual tomaron parte Ricord, Bouchardat, Piorry, Chatin, Gibert, Velpeau, Baillarger, Boudet, Poggiale, se publicó con la mayor exactitud en el *Bulletin de l'Académie*, t. XXV, p. 406 á 547.

mejor que los enfermos mismos la nueva situacion en que se encuentran. Muy pronto siguen al adelgazamiento las palpitaciones, la postracion, la debilidad de fuerzas, la tristeza, el insomnio y una susceptibilidad nerviosa mas ó menos pronunciada.

La conclusion del tratamiento hace que cesen los accidentes.

Iodismo de mediana gravedad.—Cuando se ha descuidado la enfermedad los síntomas agravan: la flaqueza, la tristeza, el insomnio, la predisposicion á asustarse y las palpitaciones aumentan; se pierde el apetito ó hay una especie de bulimia, y no tardan en presentarse el extreñimiento y los dolores abdominales, sobre todo al nivel de las inserciones del diafragma.

Iodismo grave ó muy grave.—Aquí no difieren los síntomas de los ya referidos, sino en la rapidez é intensidad con que aparecen, afectando desde el principio su carácter de gravedad. En este caso, el bocio, cuando existe, desaparece ó disminuye al cabo de pocos dias; sobreviene el adelgazamiento con una rapidez espantosa, y en el espacio de una ó de dos semanas llegan los enfermos á desconocerse, envejeciendo mas de veinte años. El marasmo, que es general, se dirije con preferencia á los órganos glandulares: El pulso adquiere mayor movimiento, resultando mas bien pequeño que lleno. La fisonomía queda pálida ó amarillenta. Los ojos aparecen rodeados de una faja negra, fijos y algo extraviados. La voz se vuelve cascada; los miembros temblorosos, y la respiracion agitadísima al menor movimiento. Los síntomas nerviosos son muy molestos: las pesadillas, la inquietud y la impresionabilidad llegan á una situacion exagerada. Explorando directamente los órganos, no se descubre lesion alguna. Los enfermos no pueden reducirse á hacer cama y á veces conservan un apetito extraordinario ó desordenado. Sin embargo, aun falta mucho para desesperar de la situacion del enfermo. Siguiendo un plan racional y suspendiendo el uso de los medicamentos iódicos, puede obtenerse una mejoría rápida, aunque las huellas del mal persistan durante largo tiempo. La atrofia de las mamas y de los testículos suele ser definitiva, por mas que los enfermos rara vez fallezcan de marasmo iódico.

§ I.—Curso, duracion y terminacion.

Unas veces el *curso* es lento y muy insidioso; otras, rápido y franco desde el principio, y algunas latente, cuando comienza, para volverse grave de un modo repentino.

El iodismo siempre es una enfermedad crónica. Su menor *duracion* corresponde á seis semanas, aunque pueda prolongarse hasta seis meses ó mas. No se obtiene un restablecimiento completo sino despues de algunos años.

§ II.—Pronóstico y terminacion.

El iodismo que se anuncia con lentitud es generalmente muy fácil de curar. Hasta cierto punto, el pronóstico depende de la forma en que tiene lugar la invasion. Es preciso tener presente la edad del sugeto, porque los mas ancianos están expuestos á mayor gravedad. El temperamento nervioso favorece tambien la importancia de los síntomas. El iodismo grave cura con frecuencia; y esto es aun mas positivo respecto de las demás formas graves.

La *terminacion*, casi siempre favorable, no quiere decir que excluya la muerte. Jahn cita dos casos de fallecimiento, Caffe otro y Marc d Espine otros dos.

El iodismo es una enfermedad penosa, que durante mucho tiempo altera la vista de los que la padecen.

§ III.—Tratamiento.

Precauciones.—1.° Ante todo prescribir siempre el iodo de una manera intermitente. 2.° Suspender el plan en cuanto aparezcan los primeros síntomas de iodismo constitucional: *adelgazamiento*, *bulimia*, *palpitaciones* y *estado nervioso*.

Higiene.—Debe vigilarse mucho la higiene de los enfermos, durante el tiempo que abrace el plan iódico. Coindet (hijo) recomienda una alimentacion tónica y el uso de todo género de excitantes del sistema nervioso.

Plan curativo.—Privar inmediatamente al enfermo de la influencia iódica; abstenerse de todo medicamento debilitante que no haria otra cosa sino agravar el mal, y seguir los tratamientos que convengan á cada caso en particular.

Cuando el *iodismo sea agudo*, deberá prescribirse la leche de vaca, de cabra ó de burra, dando la preferencia entre las tres á quien la merezca, segun los resultados que se obtengan. Para esto el estómago de los enfermos es muy caprichoso: unos solo toleran la leche de vaca helada; otros la leche de burra tibia. Tambien convendrá recetar narcóticos, antiespasmódicos y mudanza del aire.

Cuando el *iodismo sea lento y crónico*, hay que aconsejar un régimen analéptico, la permanencia en el campo y sobre todo en los montes, la equitacion, los tónicos, y con especialidad los preparados ferruginosos.

Los *síntomas* mas difíciles de combatir son aquellos que resultan de las alteraciones locales producidas en el estómago por dósis muy elevadas de iodo ó por una anómala preparacion del medicamento. Las *gastritis ó gastro-enteritis crónicas*, reclamarán cuidados muy particulares respecto de la *higiene alimenticia*. El sub-nitrato de bismuto, las aguas y baños alcalinos, los em tificantes sobre

la region epigástrica, los baños gelatinosos, las fricciones y la hidroterapia, están perfectamente indicados. (Racle.)

ARTÍCULO V.

ENVENENAMIENTO CRÓNICO POR MEDIO DEL MERCURIO (MERCURIALISMO).

Esta intoxicacion tiene lugar de diferentes modos:

1.° El mercurio dividido, volatilizado ó acompañando al aire atmosférico, puede impresionar al organismo, de igual suerte que las emanaciones saturninas. En las minas de dicho metal, sobre todo, es donde pueden estudiarse fácilmente los efectos del mercurio volatilizado á la temperatura ordinaria (1). Los doradores (2), los engastadores y los fabricantes de espejos sufren accidentes análogos á los de los individuos que se ocupan en explotar las minas de mercurio (3).

2.° El uso contínuo del sublimado corrosivo (4), de los calomelanos, del protoioduro de mercurio y de cualquier otra preparacion mercurial, tomada interiormente, es capaz de producir una discrasia análoga.

3.° La aplicacion perseverante de pomadas de igual naturaleza, de aquellas, por ejemplo, donde entra el nitrato de mercurio, pueden dar lugar á idénticos resultados. E. Gintrac vió cierto caso de igual especie en una jóven que sucumbió (5).

Los primeros efectos de la intoxicacion mercurial que se manifiestan en la boca, se hallan reducidos á una estomatitis con tialismo, tal como ya se ha descrito (6). En cuanto al *hidrargirismo*, ya dijimos, al describir las enfermedades de la piel, que no era otra cosa sino un *eczema agudo*.

Cuando el envenenamiento es profundo, sobreviene una lesion grave del sistema nervioso, y á la vez una verdadera *caquexia*.

El principal carácter de la intoxicacion á que nos referimos, reside en la instabilidad de la accion muscular, en el temblor y en una especie de corea, que ha recibido el nombre de *temblor de doradores*. Este mismo temblor puede ir acompañado de convulsiones, de dolores fuertes en los remos y de parálisis localizadas.

Antes de echar mano de los medios profilácticos que se adoptan

(1) Th. Roussel, feuilletons de l'*Union médicale*, 1848.

(2) Ramazzini, *Mal des artisans*, p. 43.—Mirat, *Journal des méd.* de Corvisart. Paris, 1804, t. VIII, p. 391.

(3) Ollivier (d'Angers) y Roger (de l'Orne), *Rapport médico-légal relatif à des accidents attribués aux émanations mercurielles (Annales d'hygiène*, t. XXV, 1841).

(4) Achart Lavort, tésis, p. 38 (*Journal géneral de méd.*, 1831, t. XIV, p. 313).

(5) E. Gintrac, *Cours de pathologie*, t. II, p. 105.

(6) Véase t. III, p. 364.



en la actualidad, la afeccion era muy frecuente; pero ya escasea mucho desde que se han descubierto procedimientos electro-químicos para dorar los metales (1).

§ I.—Causas.

La *absorcion de los vapores mercuriales* es el orígen principal del temblor mercurial, y quien produce las afecciones que padecen los doradores de metales, los operarios de manufacturas de vidrio, los sombreros y los que explotan minas de cinabrio.

El *desaseo*, el *frio* y la *humedad* parece como que predisponen á la afeccion de que tratamos. Tambien se han colocado entre dichas causas las *emociones morales muy fuertes*. Y consta de igual modo que el temblor mercurial es mayor durante el *invierno*, lo que depende sin duda, no solo de la accion del frio, sino de la necesidad en que se hallan los obreros de encerrarse en salones cerrados y llenos de vapor mercurial.

§ II.—Síntomas.

En ciertos casos la enfermedad *comienza* de una manera brusca; pero lo mas frecuente es que el enfermo sienta al principio algo de endeblez y menos seguridad para efectuar sus movimientos, y que solo al cabo de mayor ó menor tiempo note el temblor con todos los caractéres que le corresponden. La afeccion se declara primero en los miembros superiores; despues ataca á los inferiores, y últimamente á los labios, la lengua y los músculos de la cara.

El temblor consiste en *sacudidas pequeñas*, *rápidas* y contínuas, que agitan principalmente los miembros. Cuando se extienden los brazos hácia delante, el *temblor* se hace muy sensible en las extremidades; cuando se procura guardar durante algun tiempo dicha posicion, se advierte que las sacudidas van aumentando sin cesar, y cuando se obliga al sugeto á que permanezca de pié, se ve que sus rodillas tiemblan de igual manera. Si la enfermedad es medianamente intensa, los síntomas no pasan adelante, y el paciente puede todavía utilizar sus brazos para satisfacer las necesidades ordinarias de la vida, teniendo siempre la precaucion de guardarse de ciertos excesos, como lo verifican las personas afectadas de simples temblores nerviosos.

En el caso de que la afeccion sea mas intensa, los enfermos lucharán con la *dificultad de cojer bien* los objetos, porque el temblor separa las manos de los puntos hácia los cuales tratan ellas de dirigirse. Cuando quieran llevar algun líquido á la boca tampoco podrán

(1) Vernois, *Traité pratique d'hygiene industrielle et administrative*. Paris, 1860, t. I, p. 586.

efectuarlo, sino despues de varias tentativas, porque la flexion tiene lugar únicamente bajo la forma de sacudidas, y se hallan expuestos á derramar la sustancia de cualquier naturaleza que contenga el vaso que dirijan hácia la boca. En otro grado aun mas superior, siendo, como es regular, mas extensas y mas bruscas las contracciones, suelen los enfermos golpearse el rostro al llevar su mano á la boca, y por lo tanto, *ni pueden beber ni comer solos*. Y unos fenómenos muy análogos á los ya referidos tienen lugar en las piernas, segun el grado de la enfermedad. Los *labios* y la *lengua*, por su parte, sufren la agitacion en diferentes grados, *entorpeciendo* la palabra y farfullando todas las frases. Del mismo modo se han observado los *guiños*, por consecuencia de las contracciones espasmódicas de los músculos de la *cara*. Algunas veces se hace imposible la *masticacion*; y en un número de casos, no muy reducido, puede producir la enfermedad *insomnio*, *delirio*, *disminucion de la inteligencia*, nulidad de ciertos sentidos, y aun *pérdida momentánea del conocimiento*. Tambien se han visto ejemplos en los cuales la *respiracion* era fatigosa y convulsiva. Por lo demás, casi siempre se conserva el apetito, aunque la lengua parezca algo pastosa; y en cuanto al pulso, tiene generalmente sus caractéres normales, aunque sea lento y un poco fuerte.

La caquexia mercurial, que reconoce *iguales causas* que el temblor mercurial, se observa ordinariamente en un grado mas ó menos elevado, afectando á las personas que padecen esta última alteracion. Pero es mas frecuente ver la caquexia que el temblor en los sugetos sometidos á un *plan mercurial exagerado*.

Consiste en un estado de *languidez de todas las funciones*; *flojedad de las carnes*; hinchazon de la cara; entumecimiento, blandura y destruccion de las *encías*, caida de los *dientes*; cáries ó necrosis de los *maxilares*; algunas *hemorragias* por las mucosas; *anemia* particular; *infiltracion* de las piernas; *palpitaciones* y *síncopes*; diferentes *trastornos digestivos*; *entorpecimimiento de la inteligencia*; algunas *aberraciones*; y en determinado número de casos, un *movimiento febril*, mas ó menos marcado, con depresion del *pulso*.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la enfermedad es esencialmente crónico; su *duracion* larga; por lo comun, aun cuando el enfermo se halle sometido á un tratamiento eficaz, y las *recaidas* frecuentes en todos aquellos sugetos que vuelven á sus antiguos trabajos, con la circunstancia de que el primer ataque predispone al segundo y este á los demás.

Burdin (1) ha sido el primero que ha citado casos de *terminacion* por muerte. Ahora bien; esta terminacion, que no se verifica sino en

(1) Burdin, *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1821, t. LIV, art. TAIN.

individuos que continúan ejerciendo su oficio, sobreviene ya por consecuencia de una caquexia mercurial, ya por resultado de una hemorragia del cerebro.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Solo dos enfermedades se pueden confundir con el temblor mercurial: el *temblor nervioso* y la *corea;* pero semejante diagnóstico no ofrece grandes obstáculos. En el temblor nervioso efectivamente no hay signo alguno de caquexia mercurial; y en la *corea* que sobreviene en individuos jóvenes, y que por lo general no ataca mas que un lado del cuerpo, hay movimientos convulsivos desordenados, que de ningun modo se parecen á las sacudidas sucesivas del temblor mercurial.

Pronóstico.—El pronóstico no es realmente grave, sino en los casos en que el enfermo ha sufrido ya varios ataques, y presentando de una manera avanzada los caractéres de la caquexia mercurial, sigue en la profesion donde absorbe el mercurio.

§ V.—Tratamiento.

En primer término debemos consignar los *sudoríficos*, cuya eficacia está ya perfectamente demostrada por los autores que han estudiado con detenimiento la referida afeccion. De modo que convendrá prescribir tisanas de *zarzaparrilla*, de *guayaco*, de *china* y de sasafrás edulcoradas con jarabe de Cocinero. Tambien se recetará el *acetato de amoniaco*, en dósis de 15 á 30 gramos, con un litro de cualquiera de los cocimientos anteriores, ó bien en dósis de 4 á 8 gramos con una pocion. El polvo de Dower llena iguales indicaciones.

Se han usado igualmente con mucho éxito los *baños calientes* y *los baños de vapor*; y en algunas circunstancias, observadas por nosotros mismos, los *baños sulfurosos* repetidos todos los dias, y el *opio* en pequeñas dósis, han alcanzado una curacion completa y bastante rápida.

Los *narcóticos* y los *antiespasmódicos*, pueden auxiliarnos del mismo modo en el plan que acabamos de indicar. Respecto al régimen, debe ser tónico; y siempre que sea posible, deberá ordenarse que se aloje el enfermo en habitaciones perfectamente ventiladas.

El tratamiento con el cual debe combatirse á la caquexia, consiste en un régimen corroborante, en pasear al aire libre y en hacer uso de *tónicos* y especialmente de *ferruginosos*. Christison, Knud, Gusman, etc., han empleado tambien para curarla, con no poco éxito, ioduro de potasio en dósis moderadas.

ARTÍCULO VI.

INTOXICACION SATURNINA.

«El uso diario del plomo (1); sus infinitas aplicaciones á las artes y á la industria; su aprovechamiento constante en terapéutica; la imprudencia, incuria é ignorancia en que viven tantos individuos con relacion á dicho agente, á sus propiedades y á la manera como se conduce en presencia de ciertas materias; la multiplicidad de los oficios donde sirve este metal, y las idiosincrasias especiales causan todos los dias, á pesar de los progresos de la ciencia y de las precauciones que se toman, muchos y graves accidentes.

Ahora bien; cuando el plomo ha llegado ya á penetrar en la economía del hombre ó de los animales, por un conducto ó por otro, bajo una ó bajo otra forma, su accion invade todo el organismo de muy distintas maneras, y sus efectos vienen á manifestarse con síntomas aun mas distintos. Como afeccion verdaderamente proteiforme, la enfermedad plúmbica toma los mas variados aspectos, hasta el punto de que no parezca mal decir que es un grupo de enfermedades diferentes, en vez de una sola enfermedad. Funciones de nutricion, funciones de relacion, sensibilidad, inteligencia y motilidad, todo se modifica en ella ó se hace susceptible de metamórfosis. En cuanto á los trastornos referidos, pueden variar al infinito, traduciéndose: ya por exaltacion de las funciones, ya por abolicion de ellas y ya por matices intermedios, pero que constituyen siempre una perversion.»

El envenenamiento á que nos referimos se produce con todos los compuestos en que el plomo representa el principal papel. Los óxidos, carbonatos, cromatos, nitratos y acetatos de dicho metal, y sus aleaciones con el estaño, el antimonio y el cobre, son susceptibles de producir, mediante una accion continua, desórdenes que se hallan perfectamente estudiados y caracterizados. La absorcion de las moléculas plúmbicas puede verificarse por todas las vias y especialmente por la mucosa digestiva. Pero la entrada de dicho veneno se verifica ordinariamente en el organismo á consecuencia de mezclas efectuadas con los alimentos y con las bebidas, por mas que no deba dudarse de que las moléculas de dicho metal, en contacto con la piel ó suspendidas en el aire, y atravesando los conductos respiratorios, lleguen de igual suerte á saturar la economía (2).

(1) A. F. Vaullegeard, *Considérations sur la colique de plomb*, thèse de Paris, n.° 46, 1865.
(2) E. Gintrac, *Pathologie interne*, 1853, t. II, p. 109.

§ I.—Causas.

La causa mas importante está en la *profesion*. Véase, por consiguiente, la lista de los oficios en que el hombre se halla mas ó menos expuesto al influjo de este peligroso metal:

Fabricantes de albayalde, de minio y de litargirio; pintores de edificios, de atributos y de carruajes; doradores de maderas; barnizadores de metales; fabricantes de papeles pintados; molenderos de colores; fabricantes de naipes y cartulinas; fabricantes de cinturones; alfareros y vidrieros; fabricantes de loza; mineros de galena, refinadores y plomeros; fundidores de cobre, de bronce y de caractéres de imprenta; impresores; fabricantes de perdigones; lapidarios, cortadores de vidrio, fabricantes de espejos y preparadores de nitrato, cromato y acetato plúmbicos (1).

Para ser exactos, decia A. Tardieu en uno de sus cursos, seria preciso enumerar mas de sesenta profesiones.

En la reseña que acabamos de hacer, se ha tenido presente que los operarios están por necesidad en inmediato contacto con los compuestos plúmbicos. Aunque no se exponga generalmente, sino de un modo indirecto á la intoxicacion saturnina, hay otro oficio que debemos mencionar tambien, que es el de marinero. Efectivamente, admítase ó no la identidad del *cólico nervioso* y del *cólico saturnino*, es preciso reconocer segun lo demostró A. Leféyre (2) con sus magníficos y extensos experimentos, que las cantidades de plomo ó de sus componentes que llevan á bordo los navíos de guerra y en particular los de vapor, son muy considerables. Además, las circunstancias que rodean á los marinos, multiplican los peligros de que se introduzca el plomo en la economía y favorecen el desarrollo de los accidentes que caracterizan su presencia.

Las *bebidas* y los *alimentos* sirven de vehículo especial para el veneno. En épocas muy distintas, el vecindario de ciertas comarcas ó de algunas ciudades ha ofrecido, bajo forma epidémica, muchos casos de cólico semejantes al cólico saturnino (*cólicos de Normandía, del Poitou, del Devonshire y de Madrid*). Esto se ha atribuido sucesivamente, ya á la mala calidad de las bebidas fermentadas, ya al

(1) Véanse los artículos que tratan de dichas industrias en el *Traité d'hygiène industrielle et administrative de* Max. Vernoix (Paris 1860). Además de las leyes orgánicas que sirven de base á la salubridad pública, encontraremos en la expresada obra todos los mas importantes detalles que se deben conocer respecto del ejercicio de esas industrias; un resúmen de las causas de insalubridad y de molestia; las prescripciones legales que deben recomendarse; las medidas preventivas que hay que imponer, y últimamente, un estudio completo de los peligros y obstáculos que ofrece la práctica de tales oficios, y de la jurisdiccion habitual y legal de su ejercicio.

(2) Lefévre, *Recherches sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, particulièrement dans les régions équatoriales*. Paris 1859.

abuso de los helados, ya á los frutos ácidos y aun á las variaciones de temperatura. Pero observaciones minuciosas han demostrado luego que las causas de dichas epidemias solo podian ser la presencia del plomo, introducido accidental ó fraudulentamente en las bebidas y la accion de las influencias climatéricas como auxiliares indirectos. Todas esas supuestas entidades morbosas han venido á confundirse, mediante los progresos de la química, en la historia de la intoxicacion saturnina.

Entre las muchas y variadas circunstancias que desenvuelven los compuestos saturninos en la alimentacion, debemos referir el fraude de las bebidas fermentadas, añadiendo litargirio; la estancia ó paso de las aguas, ó de cualquier otro líquido por conductos ó depósitos de plomo, ó vasijas recubiertas de aleaciones que contengan gran cantidad de dicho metal; el uso de vajillas de estaño de baja ley, de cajas de conservas, de hierro estañado, de platos ó barreños cubiertos de barniz plomizo, etc. Y así era como á bordo de las embarcaciones, y principalmente de los barcos de guerra franceses, antes de que fijase en ello la administracion por consecuencia de los trabajos de A. Lefevre, las cocinas destilatorias y la vajilla de estaño que servia para los enfermos, multiplicaban hasta tal punto los casos de dicho cólico, cuya naturaleza divide aun bajo el concepto de la etiología, á los médicos de la marina.

Las *aplicaciones con cualquier objeto terapéutico* de los compuestos saturninos, no solo interiormente, sino bajo la forma tópica, como lociones, inyecciones, pomadas, emplastos, etc.; los *cosméticos* y con especialidad los afeites, pueden producir el envenenamiento crónico á que aludimos.

El *sexo* y la *edad*, solo tienen un influjo indirecto sobre su frecuencia: «Si encontramos mas comunmente el cólico de plomo entre los hombres, es porque ejercen profesiones plúmbicas que no ocupan á las mujeres, aunque estas no se hallen exentas por completo de practicarlas. Las bruñidoras de caractéres de imprenta; las coloristas y las pintoras á la aguada que mojan sus pinceles en la boca; las esmaltadoras, y las que se emplean en contra-oxidar el hierro para los ganchos suspensores de los hilos telegráficos; las que mojan las hebras de seda en una disolucion de acetato plúmbico y las llevan á la boca con sus dedos, ó manejan las sedas crudas de China, por ejemplo, mezcladas con gran cantidad de plomo destinada á aumentar su peso; las que blanquean los encajes de Bruselas, y las que fabrican imágenes religiosas recortadas formando encajes, están tan expuestas como los hombres á padecer la intoxicacion saturnina. Tambien se observa en la edad adulta sobre todo, porque esta es la edad en que suelen los operarios ejercer su profesion.» (Vaullegard.)

La *estacion de verano, los climas intertropicales* y todas las causas que someten á los hombres á altas temperaturas, tienen una importancia marcadísima en la produccion de los accidentes saturninos.

Durante dicho período del año, y en los pueblos meridionales, es cuando se bebe mas y cuando se hace mayor uso de las bebidas fermentadas, tales como la sidra ó la cerveza que pueden clarificarse con sales de plomo, ó de las cervezas económicas que se guardan en vasijas de barro vidriadas y de las bebidas acídulas. Las altas temperaturas, por una parte favorecen la absorcion y por otra exponen, cuando hay variaciones nictermales, á supresiones de la traspiracion y por consecuencia de ello, á que se suspenda la eliminacion de todo veneno que haya podido absorberse. Finalmente, los hombres que viven en los trópicos son los que por consecuencia de su profesion sufren mas particularmente la *anemia* de último grado. El empobrecimiento de la sangre, ya primitivo, ya consecutivo de las *enfermedades anteriores*, tales como caquexia palúdica y disentería, ó los *excesos* de cualquier naturaleza, juegan un papel importantísimo en el desarrollo, marcha é intensidad de los accidentes de la intoxicacion saturnina. Y así se comprende cómo, en presencia de algunos casos de cólico que ofrecen todos los caractéres del cólico saturnino, y que se producen bajo forma epidémica á bordo de las embarcaciones que surcan los mares de las regiones cálidas del globo, se haya podido sostener por falta de datos acerca de la existencia de un compuesto plúmbico, que hubiera una enteralgia especial (*cólico vegetal, cólico seco, cólico de herreros, cólico de marinos, colico de Surinam*, etc.), que se desarrollase en virtud de los cambios de temperatura, del miasma pantanoso ó del miasma náutico, propio de las calas de los navíos.

ENFERMEDADES DETERMINADAS POR LA INTOXICACION SATURNINA.

Este envenenamiento se distingue por una modificacion característica que imprime al organismo y por efectos particulares, es decir, por determinadas afecciones á que da lugar.

»Los cambios que sobrevienen en el conjunto de la organizacion son estos:

»1.° En el cuello de los dientes aparece un cordoncillo de color gris de pizarra. La membrana de las encías adquiere un matiz pálido parduzco y aplomado que puede extenderse por diferentes puntos de la mucosa bucal. Las encías adelgazan y al parecer se atrofian, dando lugar á que se descarnen los dientes.

»El sentido del gusto se extraga. Al momento comienza á notarse un sabor estíptico, azucarado ó fétido. Y el hálito se impregna de un olor desagradable que los mismos enfermos suelen percibir.

»2.° La piel presenta, sobre todo en la cara, un color algo amarillento, sucio ó térreo, que va mezclada en las conjuntivas con cierto matiz azul. Dicha alteracion del color de la piel, ha recibido el nombre de *icterismo saturnino*.

»3.° El individuo en el cual tengan lugar dichos fenómenos,

adelgazará y se debilitará, manifestando una flojedad de pulso, y una lentitud de 55, 50 y aun 45 pulsaciones por minuto.

»Estas modificaciones generales que constituyen una especie de de diátesis saturnina presiden ó acompañan á estados morbosos, muy notables y mejor caracterizados, que consisten:

»1.° En cólicos ó dolores abdominales internos, con extreñimiento, calambres, etc.

»2.° En dolores fuertes de los miembros, del tronco y de la cabeza.

»3.° En parálisis del movimiento, que afecta con preferencia á los miembros superiores.

»4.° En anestesia y parálisis del sentimiento, que invaden generalmente los órganos de los sentidos, y el de la vista en particular.

»5.° En lesiones profundas de las funciones encefálicas que se verifican bajo forma delirante, comatosa ó convulsiva.» (E. Gintrac, p. 102.)

1.° CÓLICO DE PLOMO.

Segun un pasaje de Nicandro, citado por Tanquerel (1), el cólico de plomo se halla descrito desde muy antiguo, habiendo tambien demostrado este último autor, mediante investigaciones exactísimas, que en todas las épocas históricas se han conocido los perniciosos efectos del plomo. Pero es preciso avanzar hasta mas de la mitad del siglo XVI, para encontrarse bien caracterizada la afeccion á que nos referimos, en Stockhusen (2). Desde esta época ya podemos citar á Haen, Veismann, Astruc, Dubois, Stoll y Desbois (de Rochefort, y en tiempos mas cercanos á Merat (3), Andrall, Grisolle (4) y Tanquerel. Siendo á este último autor á quien debemos los datos mas extensos y los mas verídicos, de él será tambien de quien tomemos los detalles inmediatos.

§ I.—Definicion.

Tanquerel considera el cólico de plomo como una nevralgia de los órganos digestivos y urinarios, producida por la absorcion de dicho metal en la economía, bajo una forma molecular. Los hechos que cita en apoyo de su definicion, tienen seguramente extraordina-

(1) Tanquerel des Planches, *Traité des maladies de plomb*. Paris, 1839.—A. Tardieu, *Dictionnaire d'hygiéne publique et de salubrité*. Paris, 1854, t. III, artícle PLOMB.

(2) Stockhusen, *Traité des mauvais effets de la fumée de la litharge*. Paris, 1776, in-12.

(3) Mérat, *Traité de la colique métallique*. Paris, 1812.

(4) Grisolle, *Essai sur la colique de plomb*, thése. Paris, 1835.

rio valor; pero como aun no han resuelto cuántas objeciones pueden hacerse á este modo de ver respecto de la naturaleza de la afeccion, tendremos que contentarnos con la definicion siguiente: Es una enfermedad determinada por la absorcion del plomo, cuyos principales síntomas son cólicos violentos, extreñimiento pertinaz y calambres en los miembros.

Los autores han descrito el cólico de plomo con los nombres de *cólico saturnino, de pintores, de plomeros, de fundidores, de alfareros y de fraguas, gato de fundiciones, cólico del Poiton y de Debonshiere* (1), *raquialgia metálica, cólico escorbútico, cólico seco;* en inglés: *Dry belly ache, dri colic,* y en aleman: *Breikolik, Bergsucht.*

§ II.—Síntomas.

«El cólico de plomo puede comenzar de una manera bastante repentina. Sin embargo, casi siempre tiene sus prodromos. Estos son todos los fenómenos de envenenamiento antes descritos, á los cuales no tardan en unirse un estado de malestar, dolores en los miembros, inapetencia, lengua blanca, y evacuaciones cada vez mas raras, y constituidas casi exclusivamente por materias negras y de forma de madeja.

»Declarada ya la enfermedad, los individuos experimentan cierto dolor mas ó menos fuerte, localizado generalmente en el ombligo, pero con mas frecuencia en el epigástrio ó hipogástrio, ocupando á veces ambas regiones á un tiempo, é irradiándose además hácia los lomos y partes genitales, etc. Muchas veces es obtusa y contusiva; pero con mas frecuencia aguda y dilacerante. Tambien es contínua, aunque suele sujetarse á exacerbaciones irregulares, durante las cuales se hallan los enfermos en la mayor ansiedad. Sus ojos se hunden; su fisonomía se arruga; lanzan gritos y lamentos, se revuelcan en la cama, y toman las mas raras posturas para descansar. Muchos se acuestan principalmente sobre el vientre, apoyando las manos contra el abdómen; porque uno de los caractéres mas notables de este dolor, es que suele calmarse en virtud de la presion. Pero si ha de producirse dicho efecto, es preciso que la compresion se efectúe, no mediante sacudidas, y con la extremidad de los dedos, sino suavemente, por grados y con la palma de la mano completamente extendida. Procediendo así, se alivian mas de las dos terceras partes de los enfermos. Para otros, casi viene á ser indiferente la presion. Y respecto de algunos, aunque muy excepcionales, de cualquier suerte que se proceda, se determina el dolor. Los músculos abdominales, especialmente los de la derecha, suelen ser víctimas de una hiperestesia, que se excita comprimiendo los músculos con la extremidad

(1) Véase tambien, SINONIMIA DEL CÓLICO NERVIOSO, t. IV, p. 110.

de los dedos, ó bien rascándolos ligeramente; punto curioso sobre el cual ha llamado Briquet la atencion hace algunos años (1).

»La tercera parte de los enfermos atacados de cólico saturnino, tienen el vientre mas ó menos retraido; pero en las otras dos terceras partes, el abdómen conserva su forma ordinaria. La retraccion del vientre se observa sobre todo en los cólicos violentos. Este fenómeno notable debe depender, en nuestro concepto, de una contraccion espasmódica de los músculos abdominales que se apliquen instintivamente sobre las vísceras como para atenuar sus sufrimientos.

»Casi todos los enfermos á que nos referimos se hallan extreñidos, y este extreñimiento suele ser muy pertinaz. Mas de las tres cuartas partes de los enfermos tienen náuseas, y estas generalmente van seguidas de vómitos, unas veces acuosos, pero con mas frecuencia, biliosos, amargos y de color verde porráceo. Algunos se sienten á la vez atormentados por eructos y por hipos. En estos individuos, la lengua se presenta limpia y generalmente blanquecina, la sed variable, el apetito casi nulo, y el aliento con olor saburroso. La secrecion urinaria casi siempre está disminuida, y el acto de orinar doloroso ó acompañado de tenesmo.

»Generalmente hay dolores en las diferentes partes del cuerpo, tales como cefalalgia (en una cuarta parte); tirantez y dolores convulsivos hácia los cordones testiculares (en una cuarta parte); calambres, una especie de pasmo, ó bien dolores punzantes y dilacerantes en los músculos de los miembros inferiores (en las tres cuartas partes), ó de los superiores (en la mitad), ó mas ó menos frecuentemente en los músculos lumbares (en una tercera parte); finalmente, otros (una sétima parte) sufren cierta constriccion molesta hácia el tórax. En medio de tan acervo padecer, la piel conserva su temperatura y el pulso su frecuencia normal, siendo á veces aun mas lento que de costumbre. En una palabra, el cólico de plomo es una afeccion completamente apirética; pero los que la sufren se fatigan mucho, y pierden las fuerzas y el sueño, lo que depende sobre todo de la energía y de la continuidad de los dolores.

»El cólico puede hallarse complicado con otras afecciones saturninas, especialmente con ataques cerebrales y con distintas formas de parálisis, de que hablaremos despues. Tambien puede ir acompañado de cualquier otra enfermedad que sobrevenga independientemente de la accion del plomo. Sin embargo, esto suele ser raro, exceptuando el icterismo, que se declara en una octava parte de los casos próximamente, aunque pocas veces con intensidad.» (Grisolle) (2).

Durante los accesos de cólicos, Tanquerel ha demostrado que

(1) Briquet, *Archives générales de médecine*, année 1858.
(2) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, 9.ª edicion. Paris, 1865, t. II, p. 22.

existe *retraccion del ano* y *contracciones violentas del recto*, semejantes á calambres. Y del mismo modo ha encontrado *tumores movibles en el abdómen*, debidos á acumulaciones de gases.

§ III.—Curso, duracion y terminacion.

Tanquerel distingue tres períodos: *período de invasion*, *período de aumento* y *período de declinacion*. El primero marcha con una rapidez sumamente variable; en el segundo, las exacerbaciones ó *accesos del cólico* son mas ó menos lejanos y de diferente intensidad, y el último puede terminar de una manera muy brusca, desapareciendo todos los síntomas. Pero tampoco es raro ver, cuando parece que todos los accidentes van ya á corregirse, que el cólico se renueva con igual intensidad.

Siempre que se abandona á sí misma dicha enfermedad, ó cuando no se la trata de una manera conveniente, su duracion es indeterminada; pero en la inmensa mayoría de los casos un plan á propósito la domina dentro de un plazo de pocos dias.

Las *recaidas* son muy frecuentes. Tanquerel dice que tienen lugar una vez por cada veinte. Las provocan ordinariamente las faltas de régimen; pero lo mas comun es que dependan del uso de un mal tratamiento.

Las *reincidencias* tambien ocurren muchas veces, es decir, que los sugetos que ya han padecido dicha enfermedad se hallan mas expuestos que antes á contraerla, cuando se colocan segunda vez al influjo de las mismas causas, lo que sucede con demasiada frecuencia.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

No hay lesion alguna que revele la existencia del cólico de plomo, porque la retraccion del tubo digestivo es una simple consecuencia de la enfermedad. Y este es el motivo principal que hay para considerar el cólico de plomo como si fuera una nevralgia.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

«Entre todos los síntomas que constituyen el cólico de plomo, no hay uno que, tomado aisladamente, pueda considerarse como característico. Y solo en virtud de la reunion de todos ellos es fácil llegar á establecer el diagnóstico correspondiente. El cordoncillo no existe siempre en las intoxicaciones agudas, y además suele presentarse como signo distintivo de algunas otras afecciones. Por mas que ofrezca ciertas diferencias, pues que en la estomatitis mercurial es lívido y tampoco podria confundirse con el tártaro ó el cordoncillo de los sugetos de circulacion lánguida y tísica. Aug. Frédéricq ha observado en todos los tuberculosos una estría de color rojo de ladrillo, que

ocupa constantemente, por lo menos, el nivel de los dos incisivos inferiores y medios. El cordoncillo indicado por Thomson, y descrito tambien por el doctor Dutcher como señal prodrómica de la tuberculizacion, tiene mas analogía. Pero las demás propiedades nunca permitirán que se confunda el cordoncillo de Thompson con el de Burton.

»Los dolores de vientre, las náuseas, los vómitos, el extreñimiento y el icterismo son síntomas comunes de muchas afecciones viscerales. La gastritis, la gastralgia, la enteritis, la peritonitis, la opresion interior, la nefritis, los cólicos hepático y nefrítico, el cólico de cobre, y los cólicos causados por el mercurio y el arsénico presentan los referidos síntomas en diferentes grados, y podrian inducirnos á error si no consultásemos mas de un carácter; pero el conjunto de todos ellos hacen casi imposible la equivocacion.» (Vaullegeard, *tésis citada.*)

En cuanto al diagnóstico que ha de formularse entre el *cólico saturnino* y el *cólico nervioso de los climas cálidos*, cuya existencia todavía admiten llenos de conviccion algunos médicos á título de entidad morbosa, completamente distinta bajo el punto de vista etiológico, del envenenamiento saturnino, no hay condiciones para establecer base positiva, por confesion misma de los partidarios de la doctrina de la no identidad. Y es tan notable la semejanza entre los casos de cólicos de orígen saturnino probado y los de cólicos dudosos, que ha constituido por sí sola uno de los mas poderosos argumentos contra los autores que querian introducir en la nosologia un cólico nervioso que revelase únicamente, ya la caquexia palúdica, ya un miasma especial. Los mas acérrimos defensores de la existencia del *cólico seco* como enfermedad propia de los climas intertropicales no podrán admitir con Monneret (1) que sea fácil establecer el diagnóstico entre el cólico vegetal y el cólico de plomo, «asegurándose primero de que no ha entrado plomo alguno en la economía, y observando despues los efectos del tratamiento. En muchos casos, con efecto, es imposible certificar que no haya habido intoxicacion saturnina, y justamente esta dificultad es la que prolonga el debate.

Tambien es inexacto por completo decir que el opio y sus preparaciones ejercen sobre la enteralgia de los climas cálidos un influjo muy rápido y beneficioso, que no tiene lugar sobre la enteralgia saturnina. Los médicos de la armada y los prácticos de las colonias se hallan penetrados de tal modo del mal éxito de los opiados en estos casos siempre que quede por restablecer el curso de las evacuaciones, es decir, que haya sobrevenido la detencion, que se guardan mucho de recurrir á ellos. Nunca los observadores que admiten el cólico especial de los climas cálidos, han tratado de apoyarse sobre la manifestacion de las remisiones mas largas en la enteralgia tropical que

(1) Monneret, *Traité élémentaire de pathologie interne*. Paris, 1866, t. III, p. 35.

en el cólico saturnino. Por el contrario, hallamos con tanta frecuencia la anemia en los sugetos enfermos de cólico seco, que todos los médicos que han estudiado tan debatida cuestion, desde uno y otro terreno, han venido á considerar el empobrecimiento de la sangre como una causa, si no determinante, por lo menos eficacísima para que invada la neurosis. En fin, los partidarios de la no identidad del cólico seco y del cólico saturnino se han visto obligados á confesar que en muchos casos, donde no hay pruebas de que los enfermos padezcan cólicos de plomo, el cordoncillo de Burton puede presentarse, sin embargo, de un modo muy aparente. Aquellos de nuestros lectores que deseen ilustrarse acerca de las disputas que suscitó últimamente este punto importante de la patologia, podrán recurrir á los trabajos especiales de la marina francesa (1).

Pronóstico.—Hay que considerar el cólico de plomo como una enfermedad grave, pues aunque no determina la muerte por sí mismo, puede ir acompañado de accidentes cerebrales y de parálisis, y en una palabra, tener tristes consecuencias.

§ VI.—Tratamiento.

Tratamiento de La Charité.—Este célebre tratamiento ha producido muchas curaciones.

Fórmula del tratamiento de La Charité.

Primer dia.—1.° Durante el dia: *Agua de cañafístula con las simientes*, preparada de este modo:

(1) Segond, *Essai sur la névralgie du trisplanchnique*. Paris, 1837.—Mauduyt, *Des coliques sèches dans le pays chauds*, tésis. Paris, 1848.—Fonssagrives, *De la nature et du traitement de la colique nerveuse*, in *Arch. gén. de méd.*, 1852.—Le Roy de Méricourt, *Hist. méd. de la campagne de l'*Archimède, tésis de doctorado. Paris, 1853.—Le Tersec, *Obs. sur la colique nerveuse*. Montpellier, 1855.—Dutroulau, *Gazette médicale de Paris*, 1851, n.° 18; *Arch. gén. de méd.*, 1855. Véase su *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, p. 582.—Lefèvre, *Recherches sur les causes de la colique sèche*. Paris, 1859; *Nouveaux documents concernant l'étiologie saturnine de la colique sèche* (*Arch. de méd. navale*, t. II, p. 302, 385).—Marion, in *Nouv. Annal. maritimes*, Agosto, 1852.—Péron, *Quelques réflexions sur la colique sèche*. Paris, 1858.—Petit, *Considér. hyg. et méd. sur la colique sèche*. Paris, 1855.—Jules Rochard, *Union médicale*, 1856.—Touzé, *De la colique sèche des pays chauds*. Paris, 1858.—Fallot, *Relat. d'une épidemie de colique nerveuse au Gabon* (*Montpellier médical*, t. XV, n.° 9, 1865.—Vidal, *De la colique sèche à la Guyane française*, tésis de doctorado, Montpellier, 1863.—Villette, *De l'identité de la colique de plomb et de la colique sèche* (*Arch. de méd. navale*, t. V, p. 81).—Chapuis, *Gazette hebdomadaire*, Setiembre, 1860.—Véase tambien el excelente artículo histórico y crítico de Hirsch, *Handbuch der historich geographischen Pathologie Endemische Kolik*, Zweiter Band, p. 261.

Cañafístula contundida............... 60 gramos.

Hiérvase con:

Agua........... .... 1000 gramos.

Y añádase:

Emético........... 15 centigr. | Sal de Epsom...... 30 gramos.

2.° Desde la invasion: *Lavativa purgante de los pintores:*

Hojas de sen......................... 15 gramos.

Hiérvase con:

Agua....... .... 1000 gramos.

Y añádase:

Sulfato de sosa..... 15 gramos. | Vino emético... . 120 gramos.

3.° Por la tarde: *Lavativa anodina de pintores:*

Aceite de nueces. 10 gramos. | Vino tinto........ 360 gramos.

4.° A las ocho: *Bol calmante:*

Triaca...... 4 á 6 gramos. | Opio............. 5 á 7 centig.

Segundo dia.—1.° Por la mañana: *Agua benedicta:*

Tártaro estibiado.. 30 cent. | Agua tibia........ 250 gramos.

Para tomar en dos veces con una hora de intervalo.

2.° Resto del dia: *Tisana sudorífica simple:*

Guayaco...... } 30 gramos. | Zarzaparrilla....... 30 gramos.
China......... }

Hiérvase durante una hora con

Agua.......... 2000 gramos hasta que se reduzca á 1000 gramos.

Y añádase:

Sasafrás........... 30 gramos. | Regaliz........... 15 gramos.

Dése despues un ligero hervor y cuélese el producto.

3.° A las cinco de la tarde: *Lavativa anodina de pintores*, ut supra.

4.° A las ocho: *Bol calmante*, ut supra.

Tercer dia.—1.° *Dos vasos* de *tisana sudorífica* siguiente:

Tisana sudorífica simple, ut supra...... 1000 gramos.
Sen.................................. 30 gramos.

Hiérvase ligeramente y cuélese el producto.

2.° Durante el dia: *Tisana sudorífica simple*, ut supra.

3.° A las cuatro: *Lavativa purgante de pintores*, ut supra.
4.° A las seis: *Lavativa anodina*, ut supra.
5.° A las ocho: *Bol calmante*, ut supra.
Cuarto dia.—1.° Por la mañana: *Purgante de pintores:*

Folículos de sen..	8 gramos.	Agua............	240 gramos.

Redúzcase por medio de la ebullicion á 180 gramos.
Y añádase:

Sal de Glaubero...	30 gramos.	Jarabe de espino cerval.	30 gramos.
Jalapa..........	4 gramos.		

2.° Despues de administrar el purgante: *Tisana sudorífica simple*, ut supra.
3.° A las cinco: *Lavativa anodina*, ut supra.
4.° A las ocho: *Bol calmante*, ut supra.
Quinto dia.—1.° *Tisana sudorífica laxante*, ut supra.
2.° A las cuatro: *Lavativa purgante de pintores*, ut supra.
3.° A las seis: *Lavativa anodina*, ut supra.
4.° A las ocho: *Bol calmante*, ut supra.
Sexto dia: Volver al *tratamiento del cuarto dia.*
Sétimo dia: Volver al *tratamiento del quinto dia.*, y además la *tisana sudorífica simple*, durante las veinticuatro horas.

Régimen.—Dieta mientras dure el plan, pudiendo permitirse únicamente algunos caldos desde el quinto dia en adelante.

Despues de todo este tratamiento el enfermo cura generalmente. Por lo cual hay que contentarse luego con seguir administrándole durante algunos dias la *tisana sudorífica simple*, y algunas veces el *bol calmante*.

Si los accidentes no se extinguieran por completo, podria volverse al plan de los últimos dias, partiendo del tercero, del cuarto ó del quinto dia, segun los casos; y si conservaran alguna gravedad, no deberia dudarse en repetir todo el tratamiento, que es lo que habrá que hacer tambien en casos de recaida.

Este tratamiento contiene muchos medicamentos complicados, y no pocos que se pueden considerar como inútiles. Así es que varios médicos han modificado las fórmulas, separando ya un medicamento, ya otro, segun su modo de ver. ¿Habrá habido suficiente motivo para ello? Nada lo justifica, porque aun carecemos de datos acerca del éxito de su medicacion. Nuestra opinion es que, cuando quiera seguirse el tratamiento de La Charité, no hay en el estado actual de la ciencia motivo para preferir agente alguno de los que los constituyen.

En cuanto á los resultados, ya hemos dicho antes que son mas satisfactorios, segun ha demostrado Tanquerel. ¿Pero faltará quizás tratamiento que, siendo mas sencillo, ofrezca mayor eficacia? Esto es lo que procuramos averiguar.

Habiendo visto Tanquerel usar el *aceite de croton* en muchos ca-

sos, dedicóse á observarle, y notó que por este medio curaban los enfermos con mayor rapidez y frecuencia que por el de *La Charité*, cuya gran eficacia era el primero en confesar. Grisolle, que, como el autor antes citado, ha visto muy detenidamente las afecciones saturninas, es de igual opinion; de donde se deduce que este modo de ver tiene gran importancia. Sin embargo, creemos que deberán continuar las investigaciones bajo este concepto, porque manifestándose rebeldes á las mejores medicaciones algunos casos, y pudiendo la casualidad reunir cierto número de ellos en una série de hechos, nunca se multiplicarán bastante los experimentos.

Tratamiento con el aceite de croton-tiglio.—«El mejor procedimiento para administrar el aceite de croton, es darle en dósis de una gota con una cucharada de tisana desde la primera visita que se haga al enfermo.

»Si esta toma no produjese deposiciones, ni vómitos, será preciso dar siete ú ocho horas despues *otra gota* ó una *lavativa purgante*.

»Al dia siguiente y al otro, aun deberá prescribirse dicho aceite de igual manera.

»Al cuarto dia, cuando ya se encuentre el enfermo desembarazado por completo de todos los síntomas del cólico, podrá echársele otra lavativa purgante; y así se continuará hasta el sétimo ú octavo dia. En aquellos casos rarísimos donde el cólico no ceda enteramente al cuarto dia, *será preciso dar todavia otra gota de aceite de croton*, y aun repetirla cuando por casualidad no desaparezcan las huellas de la afeccion.

»Cuando el enfermo vomite dicho aceite, un cuarto de hora ó media hora despues de ingerido, *convendrá mezclarlo con 30 gramos de aceite de ricino*, ó echarlo en *lavativas bajo una dósis doble* de la prescrita por la boca.

»Al mismo tiempo que se administra el aceite de croton, es prudente dar *grandes cantidades de tisana*. La mayor parte de nuestros enfermos bebian cada dia *dos ó tres jarros de cebada con miel*.» (Tanquerel.)

Grisolle aconseja, siempre que haya síntomas saburrosos, comenzar dando el emeto-catártico siguiente:

Tártaro estibiado...	10 ó 15 centíg.	Sulfato de sosa.........	15 gram.

Y favorecer la accion evacuante con *lavativas purgantes*.

Todas las noches hay que dar 5 á 10 centígramos de *opio*, para procurar algo de sueño.

No es raro ver que á la primera toma del aceite, se produce una extraordinaria mejoría; pero la experiencia ha demostrado que no conviene detenerse aquí, que es preciso seguir administrándole por lo menos durante tres dias, y que si mas tarde se reprodujesen los

accidentes con cierta intensidad, no deberá haber la menor duda en volver á emplearlo.

Tales son los medicamentos únicos en que podemos confiar.

Aran (1) emplea el cloroformo, bajo las formas de aplicaciones *loco dolenti*, de pocion á la dósis de 30 gotas, y de enemas. Pueden repetirse las dósis durante el dia; pero dicho medicamento solo se usa bajo el concepto de adyuvante. No hay necesidad, como ocurre respecto del opio y de la belladona, de preocuparse por las consecuencias de su uso. Los cólicos se calman muy rápidamente.

Malherbe (2) reemplaza el opio con la belladona, que además de su accion sedativa tiene propiedades algo laxantes. Y dice que ha obtenido admirables resultados en veintinueve casos donde empleó dicho medicamento de la manera siguiente:

El primer dia, 5 centígramos de extracto de belladona con 10 centígramos de polvo de raiz de dicha planta. Si la accion del medicamento es positiva, se continúa administrando igual dósis durante tres ó cuatro dias, para disminuir y cesar despues. Pero en el caso contrario, se duplica ó triplica la referida dósis.

Las *bebidas saturadas de hidrógeno sulfurado*, propuestas primero por Lalouette y despues por Chevallier y Rayer, han llegado á abandonarse. La *limonada sulfúrica*, recomendada por Foucat, farmacéutico, y sobre todo por Gendrin (3). El *alumbre*, el *mercurio*, el *hierro* y el *plomo*, prescritos tambien por él mismo, no merecen mayor confianza. Algunos médicos han elogiado extraordinariamente el método antiflogístico; pero como en los casos donde parece haber producido mejor éxito, se haya hecho tambien aplicacion de los purgantes, todo induce á creer que estos sean los que determinen la cura. En ciertos casos, el *opio* y los demás narcóticos hacen notable efecto; pero todo el mundo supone ya que es preciso reunirlos con los evacuantes. Tambien se ha aconsejado el uso de la *nuez vómica*, mas no ha tardado mucho en abandonársele.

Sandrás (4) dice que ha obtenido algunas curas por medio del *persulfuro de hierro*, y que considera este tratamiento como superior al de La Charité. El *tabaco*, en fomentaciones y lavativas, ha sido igualmente objeto de ensayos, pero los médicos que lo aconsejaron han llegado á convencerse de que los casos de curacion á que se referian eran nada mas que excepcionales.

Habiendo conseguido Briquet (5), por causa de sus investigaciones, localizar el horrible dolor del cólico saturnino en los músculos

(1) Aran, *Bull. gén. de thérap.*, 15 Abril 1852.
(2) Malherbe, *Revue médico-chirurgicale de Paris*, Diciembre 1850.
(3) Gendrin. *Transactions médicales*. Paris, 1832, t. VII.—*Lettre à l'Académie des sciences* 15 Febrero 1840.—*Annales d'hygiène*. Paris, 1841, t. XXV, p. 463; tomo XXVI, p. 543.
(4) Sandras, *Bulletin de d'Académie de médecine*, t. XII, p. 632.
(5) Briquet, *Études sur la colique de plomb (Arch. gén. de méd.*, 1858).

del abdómen, quiso emplear la faradizacion de la pared abdominal; porque este medio tiene la ventaja de hacer que los dolores cesen rápidamente. Pero es preciso repetir tres ó cuatro veces dicha faradizacion, que en verdad no deja de ser por sí sola muy dolorosa.

2.° ARTRALGIA SATURNINA.

Despues del cólico de plomo, la artralgia saturnina es la mas frecuente de todos los males resultantes de la intoxicacion causada por dicho metal. Hasta Tanquerel, los autores se habian contentado con marcar la existencia de dolores mas ó menos fuertes en las diversas partes del cuerpo de los sugetos sometidos al influjo del plomo.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La *artralgia saturnina* se caracteriza por dolores en los miembros que carecen de direccion determinada, que disminuyen en virtud de la presion, que aumentan con los movimientos y que presentan exacerbaciones mas ó menos marcadas.

Todos estos dolores fueron designados por Sauvages con la denominacion de *reuma metálico*.

§ II.—Causas.

Generalmente los operarios mas expuestos al cólico de plomo son tambien en los que padecen con mas frecuencia la artralgia saturnina. Conviene advertir, sin embargo, que *los trabajadores de las fábricas de minio están mucho mas sujetos á la artralgia que al cólico.* La mayor ó menor violencia del cólico de plomo no tiene relacion alguna directa con el desarrollo de la artralgia.

§ III.—Síntomas.

Prodromos.—Además de los signos propios del envenenamiento general, suele el enfermo sufrir durante algunos dias una especie de torpeza y de languidez en los miembros que deben luego afectarse. Este estado, que es pasajero al principio, existe por la mañana, pero desaparece en el curso del dia. Poco á poco va haciéndose mas intenso y de mayor duracion. No faltan ocasiones en que se *desarrolla* bruscamente. Y casi todas las veces comienza á manifestarse por la noche.

Síntomas.—El principal síntoma de esta enfermedad lo constituyen los dolores. Estos dolores pueden invadir la totalidad del cuerpo; pero generalmente se presentan en el siguiente órden de frecuencia: miembros inferiores, hijares, tórax, espalda y cabeza.

Tampoco es raro ver varios de estos sitios y especialmente los miembros inferiores y los superiores afectados al mismo tiempo.

En los miembros, el dolor parte principalmente del sentido de la flexion, teniendo límites muy variables; y así como dijimos antes, no tiene trayecto fijo á la manera de la nevralgia.

Por lo demás, el dolor ofrece todos los caractéres del latido nevrálgico: dislacerante, quemante, punzante, etc. Manifiesta por lo comun *paroxismos* muy marcados, durante los cuales los enfermos padecen extraordinarias agitaciones. Pero en ciertos casos, al contrario, solo consiste en un ligero malestar.

Despues del *acceso*, los enfermos no advierten mas que una especie de quebrantamiento ó de constriccion de las partes enfermas.

Los referidos accesos aparecen con mas ó menos proximidad, y algunas veces con mucha frecuencia. Un movimiento cualquiera ó una sensacion de frio puede provocarlos. Y ordinariamente tienen lugar durante las horas de la noche.

Suele observarse que el dolor *disminuye mediante la presion*. Sin embargo, conviene añadir que aun no se ha hecho uso de la presion con el cuidado posible; y que no debe olvidarse la circunstancia de que los dolores de vientre, en el cólico de plomo, aminoran muchas veces por medio de una presion amplia, y aumentan en virtud de otra presion ejercida con el extremo de los dedos. Ahora bien: ¿No podrá suceder en la artralgia una cosa semejante? Mucho sentimos no haber realizado todavía dicho experimento; pero lo mas positivo de ello es que en algunos casos la presion exaspera el dolor.

Calambres, *espasmos* y *rigidez* de los músculos correspondientes á las partes afectadas, es lo que acompaña al dolor, principalmente en los momentos del acceso.

Por lo demás, nada hay en la piel digno de mencionarse, y el enfermo *carece* completamente de *fiebre*.

Las diversas funciones de los órganos próximos á los sitios que ocupa el dolor se alteran mas ó menos, es decir, que tras del dolor del pecho, viene la incomodidad para respirar, tras del dolor de la cara, la supresion de la secrecion de las fosas nasales, etc.

El dolor pasa generalmente de un punto á otro, pero tambien puede ocupar muchos lugares á la vez.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion

El *curso* de la afeccion suele ser muy irregular; á veces los síntomas se disipan bruscamente, mas tampoco es raro que disminuyan de una manera progresiva. En algunos casos, la marcha á que nos referimos es *crónica*.

Las *recaidas* y las *reincidencias* son frecuentes y temibles durante mucho tiempo.

Cuando se abandona la enfermedad á sí misma puede perpetuarse; pero bien tratada, solo tiene una duracion variable entre tres y seis dias. Muchas veces viene una *parálisis* despues de la artralgia saturnina.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

Es evidente que esta enfermedad solo puede confundirse con una *nevralgia*. Pero lo que distingue ambas afecciones es que, en la artralgia, no sigue el dolor direccion determinada y que tampoco ofrece puntos doloridos circunscritos. Y nada decimos acerca del dolor que resulta por medio de la presion, pues que algunas veces existe en esta enfermedad del mismo modo que en las nevralgias.

§ VI.—Tratamiento.

Baños sulfurosos consecutivos durante siete, ocho ó mas dias, si el caso lo exigiere, son, segun la experiencia, uno de los medios en que debe tenerse mayor confianza.

De los experimentos de Guillot y Melsens (1) resulta que el ioduro potásico tiene grandísima eficacia contra la intoxicacion saturnina. Nosotros mismos hemos empleado muchas veces dicha sal, en dósis de 2 gramos por dia, para curar á sugetos debilitados, caquécticos y que padecian dolores en varias partes de su cuerpo, obteniendo siempre un éxito rápido y feliz.

3.° PARÁLISIS SATURNINA.

Muy raro es que dicha parálisis se declare primitivamente; porque casi siempre viene á continuacion del cólico y de la artralgia. Sensacion de frio, torpeza y dificultad en los movimientos son las circunstancias que preceden á la parálisis, con mayor ó menor antelacion.

§ I.—Síntomas.

La parálisis no suele ser general y completa, sino *limitada á un sistema de músculos*, pudiendo todavía quedar circunscrita á un solo músculo ó á uno solo de sus hacecillos. Los *miembros superiores* se atacan cinco ó seis veces con mas frecuencia que los inferiores. En ocasiones los *cuatro miembros* se invaden simultáneamente. Casi siempre la parálisis se limita á los *extensores;* y tambien puede extenderse á los músculos de quienes depende la articulacion de la *voz*. Así es que los enfermos que aun pueden mantenerse de pié,

(1) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, Marzo 1849.

sienten gran temblor en las piernas; hacen movimientos indecisos; notan las piernas y los muslos doblados á consecuencia de la parálisis de los músculos de su parte anterior (músculos extensores), y vén sus miembros superiores caidos á lo largo del tronco, cuando la parálisis es completa, aunque lo mas frecuente sea que esta no interese sino los músculos extensores de la *muñeca* y de los dedos. Estas partes ceden entonces con la mayor facilidad, y no pueden asir objeto alguno, mientras que la espalda y brazo conservan todos sus movimientos.

En los expresados individuos, los labios aparecen por lo general temblorosos; la *lengua* se mueve con dificultad; la palabra resulta balbuciente y tartamuda, y si la parálisis ha llegado hasta los músculos de la *laringe*, puede presentarse la *afonia*, aunque no deje de ser raro dicha circunstáncia. Y una cosa igual sucede con la parálisis de los músculos intercostales, que cuando existe, conduce en seguida á la muerte por *asfixia*. Casi siempre queda intacta la sensibilidad de los miembros paralizados, pero en una vigésima parte próximamente de los enfermos, los sitios privados de movimiento son de la misma manera insensibles. Esta insensibilidad puede afectar solo á la piel ó herir al mismo tiempo hasta las regiones mas profundas.

Cuando la parálisis llega á ser *completa* y persiste durante mucho tiempo, los músculos acaban por atrofiarse. Si no invade mas que un sistema de músculos, estos son los únicos que se atrofian, lo que da lugar á un contraste muy notable con el realce que forman los músculos de las mismas partes que no se hallan paralizadas. Y estas entonces, imprimiendo á cierta region del cuerpo, como al puño, un estado de flexion forzada y atirantándola, determinan el *desalojamiento* y la *salida de los tendones*, y aun de los *huesos* del carpo. Cuando la parálisis saturnina se extiende mucho, disminuye la *nutricion general*, los enfermos se debilitan y adelgazan, las *digestiones* se alteran, los miembros se infiltran, se desarrollan escaras en las partes que sufren la presion del cuerpo por decúbito, y sobreviene en fin la muerte á causa de la *consuncion*.» (Grisolle.)

Esta parálisis es una de aquellas en que los músculos no se contraen bajo el influjo de la excitacion eléctrica, segun ha demostrado Duchenne (de Boulogne); aunque ello no impida, como veremos mas adelante, que la electricidad actúe como medio curativo.

Para terminar nuestra descripcion, añadiremos, que la *parálisis de la sensibilidad*, que ya hemos visto desarrollarse con la parálisis del movimiento, puede en ocasiones existir completamente aislada. Ha sido descrita por Tanquerel con el nombre de *anestesia saturnina*. Tambien puede ser completa ó incompleta y ocupar mayor ó menor extension del cuerpo.

Su sitio predilecto es los miembros. De las investigaciones de Beau resulta que la anestesia es mucho mas frecuente de lo que se

creia. Parece raro, con efecto, hallar sugetos padeciendo por causa del plomo que dejen de tener la sensibilidad de la piel y sobre todo la de los brazos mas ó menos debilitada. La *amaurosis* puede tambien manifestarse antes ó despues de los demás accidentes saturninos.

§ II.—Curso, duracion y terminacion.

La parálisis se produce con mayor ó menor rapidez; pero lo mas comun es que su curso sea lento, y su duracion, por lo tanto, ilimitada. Solo en cierto número de casos se obtiene, mediante un tratamiento activo, la cura completa ó incompleta de la enfermedad.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* no presenta dificultad alguna, porque aun suponiendo que falte todo género de datos, la forma de la parálisis basta por sí misma para distinguirla de las demás.

El *pronóstico* es grave, porque en muchos casos la parálisis llega á ser incurable, y porque en otros solo se consigue una curacion incompleta, sin que pueda ordinariamente preveerse cuál será el resultado del tratamiento.

§ IV.—Tratamiento.

El método *evacuante* es inútil. Se han empleado con algun éxito las *fricciones excitantes* sobre los miembros enfermos, así como *baños de mar*, *sulfurosos* y *ferruginosos;* pero estos medios suelen ser ineficaces. Y lo mismo ocurre con los *sinapismos*, los *vejigatorios* y la *pomada estibiada* en las regiones paralíticas.

La *electricidad* y particularmente el *galvanismo*, han determinado cierto número de curaciones en casos de bastante gravedad; y por regla general siempre producen buenos efectos, aun cuando no se obtenga la curacion de un modo completo.

Fouquier ha administrado la nuez vómica con gran éxito.

En la actualidad, se emplea la estricnina de la manera siguiente:

Se comienza dando *siete* ú *ocho miligramos*, durante dos ó tres dias; despues se prescribe *un* centígramo, y luego se aumenta gradualmente la dósis, hasta que el enfermo tome *cinco*, *seis* ó *siete centígramos* por dia. Cuando se llega á estas cantidades, es preciso observar con el mayor cuidado los efectos del medicamento, que podria originar graves accidentes. Y lo comun es que no sea necesario pasar de aquí. La estricnina se administra en *píldoras* ó en *pocion*. Tambien podremos hacerla absorber por el *método endérmico*.

Estos *tres medios reunidos*, los baños sulfurosos, la electricidad y la estricnina constituyen el plan que produce mayor número de curaciones.

4.° ACCIDENTES CEREBRALES SATURNINOS.

Los *accidentes cerebrales saturninos* habian pasado desapercibidos, ó se habian achacado á otras causas distintas de la intoxicacion saturnina, hasta estos últimos treinta años. Entonces comenzaron á publicarse algunos datos que demostraban que los síntomas cerebrales eran sin duda resultado del envenenamiento plúmbico. Y finalmente, hácia el año de 1836, Grisolle (1) pudo ya, con el auxilio de cierto número de hechos perfectamente observados, publicar una historia de las principales formas que afectan los accidentes cerebrales saturninos. De este autor, por lo tanto, es de quien tomamos los principales detalles del presente artículo.

§ I.—Síntomas y curso.

Las formas de que se trata son tres: 1.ª *Forma delirante;* 2.ª, *forma convulsiva;* 3.ª, *forma comatosa.*

Invasion, Prodromos.—En cierto número de casos, la enfermedad sobreviene de repente y de un modo fulminante, pero revistiendo distinto carácter. Con alguna mas frecuencia, las cosas pasan de otro modo. En todos aquellos individuos que acaban de ser víctimas del cólico de plomo, ó que todavía se hallan experimentando consecuencias de dicho cólico, aparecen los síntomas siguientes: cefalalgia central ó sincipital; vértigos, sueño agitado ó soñolencia, entorpecimiento de la mirada y aceleracion del pulso; inquietud ó tristeza, y muchas veces amaurosis, y pasmos, hormigueo ó dolores en los miembros.

1.ª *Forma delirante.*—Esta forma se observa en una cuarta parte de los individuos afectados de accidentes cerebrales. El *delirio* consiste muchas veces en una divagacion sencilla; pero lo general es que sea *delirio furioso* con vociferaciones, injurias, golpes dados á las personas que se aproximen á los enfermos, y muchas veces ilusiones y alucinaciones. Tambien suele ocurrir que en medio de los paroxismos, los enfermos recobren su razon de una manera parcial.

El delirio es *contínuo*, pero con exacerbaciones generalmente muy violentas é irregulares. Durante tales *paroxismos*, se pierde el juicio.

Dicho delirio puede disiparse por sí mismo al cabo de cuatro ó cinco dias despues de un sueño apacible y conservando apenas los enfermos mas que una idea confusa de lo que les ha ocurrido. Estos

(1) Grisolle, *Journal hebdomadaire*, t. IV.

casos no suelen ser los mas frecuentes, pero en algunos de ellos son temibles las recaidas. No dejan de encontrarse enfermos que *mueran repentinamente* en el período mas fuerte del delirio; otros llegan á suicidarse, y la mayor parte de las veces, la forma delirante *termina por la forma comatosa.*

2.ª *Forma convulsiva.*—Esta *forma* ha recibido los nombres de *epiléptica* ó de *epilepsia saturnina.* Nunca pudo demostrar Grisolle la existencia del *aura epiléptica.*

Algunos individuos (la sétima parte) *caen repentinamente sin conocimiento*, pierden la *sensibilidad*, se quedan con los ojos fijos, y no presentan *el menor indicio de convulsion*, permaneciendo en este estado varias horas.

«Cuando recobran el conocimiento, no empiezan *gozando inmediatamente de la plenitud de sus facultades intelectuales.* Ni recuerdan el ataque, ni por lo general las circunstancias que le han precedido. Su fisonomía lleva el sello de un profundo *estupor.* Sus miembros aparecen temblorosos, produciendo vacilaciones en el cuerpo cuando este se halla de pié, y no dejando coger los objetos exteriores sino con torpeza. Las ideas resultan confusas, y la palabra viene á ser lenta y cortada. Al momento, es decir, despues de ocho ó diez minutos, ó de una ó varias horas, se presenta el *segundo ataque.* Este viene acompañado generalmente de *movimientos convulsivos*, y dando lugar á que la fisonomía del enfermo se inyecte de un modo repentino y á que en un instante, apenas perceptible, al enrojecimiento suceda una *palidez* mortal. Si el individuo está de pié, cae de espaldas lo mismo que una masa inerte, insensible á todos los excitantes exteriores. Entretanto, su *cuerpo se estira*, y los miembros superiores especialmente comienzan á dar *sacudidas*, aunque no se observen por lo general movimientos desordenados, susceptibles de lanzar al enfermo fuera de la cama donde repose. La rigidez, que suele ser casi tetánica, predomina casi siempre en un lado; y entonces la *cara* aparece horriblemente desfigurada; las comisuras se hallan fuertemente estiradas á derecha é izquierda; los párpados se cierran ó abren exageradamente; los ojos quedan fijos ó extraviados, y todas las partes del cuerpo se agitan por medio de pequeños movimientos convulsivos. La lengua, en algunos casos, cogida entre los dientes, se hiere; una saliva espumosa, y rara vez sanguinolenta, inunda los labios, al mismo tiempo que la hinchazon de las venas del cuello y la turgencia violada de la cara vienen á aumentar todavía el horror de semejante cuadro. Mientras que existen los referidos fenómenos, la *respiracion* es corta y penosa; pero se vuelve ruidosa y estertórea cuando llega la resolucion. Entonces la palidez reemplaza al color violado de la cara; la *piel* se cubre de *sudor*; los miembros quedan en *resolucion completa*; las *pupilas* se dilatan extraordinariamente; la sensibilidad general sigue extinguiéndose, y el ataque termina despues de una duracion media de pocos minutos.

Respecto al curso ulterior de la afeccion, varía segun los casos. En mas de la mitad de los enfermos la *sensibilidad vuelve progresivamente* despues de cuatro ó cinco minutos. Aunque su inteligencia queda obtusa, el enfermo conserva capacidad para percibir algunas sensaciones, suministrar ciertos datos y expresarse torpemente ó balbucear frases poco inteligibles. Varios enfermos, apenas despertados, se agitan y vociferan como *maniasos;* otros se manifiestan atormentados por siniestras ideas, ó ven visiones espantosas. Y esta agitacion colérica y esos pensamientos tristes cesan despues de algunos minutos, ó á mas tardar, despues de algunas horas, siendo reemplazados por un *nuevo ataque de epilepsia* comunmente mas intenso que el primero. Entonces *los accesos se aproximan cada vez mas;* llegan á ser casi sub-intrantes cuando la enfermedad indica una desgraciada terminacion, y en sus intervalos, que son muy cortos, los enfermos no recobran su inteligencia, quedando sumidos en un estado comatoso y en una sensibilidad absoluta.

«En algunos casos poco frecuentes (una vez entre cada seis), las convulsiones son irregulares y difíciles de caracterizar. Y hé aquí lo que hizo decir á Stoll, que casi todas las especies de convulsiones tenian lugar en el cólico saturnino, pero principalmente, la mayor de todas y la que ataca á todo el cuerpo, la epilepsia, que invade, deja y vuelve á atacar á los enfermos en todas ocasiones y cuando menos lo esperan.

»La forma convulsiva puede ser irregular *desde el principio,* ó sobrevenir despues de ataques epilépticos muy repetidos. En estos casos dichas convulsiones son parciales; afectan á toda la cara, ó á uno de sus lados; y uno ó varios miembros tambien se atacan á la vez de *contractura permanente,* que persiste sin interrupcion tres, cuatro, seis ó mas horas, hasta su término fatal. En fin, ha habido enfermos *catalépticos;* pero de esta forma de convulsion, que es la mas rara entre todas, no hemos podido hallar caso alguno.

»La muerte ocurre, por lo general, despues de los fenómenos de *asfixia*, y ya *repentinamente,* como si sobreviniera una especie de suspension de la accion nerviosa, ya á consecuencia de un *coma,* que puede persistir desde algunas horas hasta un dia.» (Grisolle.)

3.ª *Forma comatosa.*—Ya hemos visto que las dos formas precedentes terminan casi siempre con el coma. Pues bien; en otros casos la forma comatosa se manifiesta de corrido, dando entonces lugar á los fenómenos siguientes: Al principio no parece el enfermo mas que sumido en una *soñolencia profunda,* de la cual aun puede sacársele para que dé algunas contestaciones acerca de lo que se halla sufriendo. Generalmente aparece tranquilo; pero por momentos comienza á exhalar algunos *quejidos,* se agita, se incorpora en la cama, se sienta, se arrodilla, etc. Sus *ojos* quedan cerrados ó extraordinariamente abiertos; pero en ambos la vista se extingue, presentándose la *amaurosis.* Si la enfermedad no se trasforma en epilepsia, el enfermo

vuelve en sí; pero la de aparecer atontado, de no contestar á lo que se le pregunta, y de no recobrar su facultades sino poco á poco.

§ II.—Duracion y terminacion.

La duracion de la enfermedad varía, segun la forma de los accidentes. Cuando el *delirio* tiene intermitencias, puede prolongarse, sin acarrear la muerte, durante cuatro, cinco, nueve y diez y siete dias. Los *ataques de epilepsia* tambien pueden repetir por intervalos mas ó menos próximos. Desde algunos minutos hasta seis ó siete dias. En fin, el *estado comatoso* persiste generalmente de dos á seis dias; pero en ciertos casos, muy raros por fortuna, la duracion de la enfermedad, considerada en general, es muy corta. Algunas horas, algunos minutos y aun algunos segundos, bastan para matar al enfermo. (Grissolle.)

No son raras las *recidivas*, aunque los enfermos no vuelvan á someterse á la accion deletérea del plomo; pero Grissolle ha demostrado que se hallan muy lejos de ser temibles despues del final del segundo setenario.

En mas de la mitad de los casos no hay lesion alguna apreciable. En otros individuos se encuentra aumento de volúmen del cerebro; las circunvoluciones están apretadas y como aplastadas, y la duramadre distendidas. Los ventrículos vacíos, y cavidad reducida notablemente. La pulpa cerebral presenta una coloracion amarillenta.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Por la existencia actual ó anterior de otros fenómenos saturninos, y en particular por el cólico, se conducirá al diagnóstico. Si existe amaurosis, dará tambien algun dato por su aparicion repentina y su desaparicion al cabo de algunos dias. El estado constantemente lento del pulso merece tambien fijar nuestra atencion.

Pronóstico.—La mortalidad es mas de la mitad, con lo que se expresa toda la gravedad del pronóstico. La forma convulsiva es la mas grave. Es raro que sucumba el enfermo pasado del sesto al sétimo dia.

§ IV.—Tratamiento.

La *sangría* y las *aplicaciones frias sobre la cabeza*, no solo son inútiles en la mayoría de los casos, sino perjudiciales (Grisolle). En los casos que hemos observado y tratado, una ó dos aplicaciones de *sanguijuelas* al cuello no nos ha parecido que agravaron los síntomas.

Grisolle cree que un extenso *vejigatorio* sobre la piel del cráneo,

puede ser útil en la forma comatosa; pero solo parece esto una presuncion. Lo mismo sucede con las *afusiones frias.*

El *opio* es útil en el *delirio furioso*, calma y procura el sueño. Se le administra en enemas (15 á 20 gotas de láudano en media lavativa emoliente).

El *sulfato de quinina* y los *antiespasmódicos* han fracasado constantemente.

El *tratamiento de La Caridad* ni ningun otro método evacuante produce algun efecto contra los fenómenos cerebrales.

Rayer, citado por Tanquerel, ha terminado por abandonar todos estos métodos mas que inciertos y se limita á la *espectacion*, observando en 34 enfermos un solo caso de muerte. Este notable resultado tiende á probar que los remedios preconizados, no solo son inútiles, sino altamente perjudiciales.

ARTÍCULO VII.

INTOXICACIONES-DUDOSAS.

1.° ACRODINIA.

Indudablemente ningun texto autoriza para asegurar que la enfermedad designada en Francia y en nuestros dias con este nombre haya invadido á los pueblos en los siglos anteriores al nuestro; sin embargo, no es posible tampoco admitir que la causa desconocida que la ha originado en Paris, haya ejercido su influencia por primera vez sobre la especie humana. Por el contrario, es muy probable que la acrodinia, en razon de su etiología misteriosa, de la variabilidad de su fisonomía y de la imperfeccion de los métodos de observacion, ha debido confundirse con otras enfermedades tan oscuras, que hayan aparecido igualmente, bajo la forma epidémica, en otros paises y en otras épocas.

En la primavera del año de 1828 fué cuando esta singular afeccion se presentó en Paris entre el personal del Hospicio de María Teresa. Los cuarteles de la ribera izquierda del Sena, el arrabal Saint-Germain, los cuarteles Saint-Marceau, y sucesivamente los cuarteles de l'Abbaye, de la Cité, de l'Hôtel-de-Ville contaron numerosos enfermos. Las casernas de la Courtille de la Ave-María y de Lourcine, suministraron un contingente considerable de casos. En seis meses de duracion se dice que hubo 40,000 atacados. La epidemia disminuyó por el invierno para reaparecer con nueva actividad hácia el mes de Mayo del año siguiente.

En 1828 se observaron muchos casos en Meaux y en Saint-Germain de Laye, y en 1829 la enfermedad invadió á Coulommiers y algunas otras localidades cercanas á Paris. En la capital se extinguió al parecer la epidemia durante el invierno riguroso de 1829 á 1830.

Desde esta época, en 1844, 1845 y 1846, se presentó una pequeña epidemia en Bélgica, particularmente en el personal de las cárceles. En 1848, 1850 y 1862 (1), publicaron varios médicos observaciones de acrodinia esporádica; y entre los autores que, cuando su primera invasion, han escrito sobre la *enfermedad de Paris*, mencionaremos especialmente á Chomel, Cayol, Genest (2), Dalmas (3), Dezeimeris (4) y Dance (5).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Es muy difícil definir satisfactoriamente la acrodinia. En efecto, no solo no podemos expresar su naturaleza, sino que tampoco hubo demasiadas variaciones en los diversos casos que se han presentado y en la fisonomía de la enfermedad, segun las localidades, para que sea posible resumir en pocas palabras todos sus principales caractéres.

Esta singular afeccion, invadiendo muchas personas á la vez, y en varias ocasiones muchos miembros de una misma familia al mismo tiempo, á la manera de una intoxicacion simultánea, ofrece que estudiar: trastornos por parte del tubo digestivo, una perturbacion de las funciones del sistema nervioso y de síntomas particulares suministrados por la piel, las mucosas ocular, faríngea, brónquica, por el tejido celular y por los músculos. A esta enfermedad se le han aplicado las denominaciones mas ó menos defectuosas de *mal de piés y de manos*, de *chiropodalgia* (Bally), de *eritema epidémico* (Alibert), de *flegmasía gastro-cutánea aguda multiforme*. El nombre de *acrodínia* (de ἄκρα, extremidades, y de ὀδύνη, dolor), propuesto por Chardon (6), ha sido adoptado generalmente.

§ II.—Causas.

Casi todos reconocen que reina la mayor oscuridad todavía sobre la etiología de esta enfermedad. Ninguna de las opiniones emitidas sobre las causas que la han podido producir en Paris resiste á una crítica severa. Aun cuando los adultos y los viejos han sido atacados con mas frecuencia que los jóvenes, todas las *edades* pagaron su tributo á la epidemia de 1828. Ambos *sexos* fueron acometidos, aunque muy desigualmente: desde 1.° de Julio al 24 de Noviembre de 1828,

(1) Véase Raimbet, *Observations d'acrodynie sporadique* (*Revue médico-chirurgicale*, 1848).—Barrier, de Lyon, *Gaz. des hôpitaux*, 1850, y Barudel, *Gaz. méd. de Paris* 1862.
(2) Genest, *Archives gén. de méd.*, 1828, t. XVIII, p. 332.
(3) Dalmas, *Journal hebdomad. de méd.* Paris, 1829, t. I, p. 331.
(4) Dezeimeris, *Journal général des hôpitaux*.
(5) Dance, *Dict. de méd.*, en 30 volúmenes, t. I, artículo ACRODINIA.
(6) Chardon, *Revue médicale*, 1830, t. II.

en un total de 146 acrodínicos que se presentaron en la oficina central, hubo 117 hombres y 29 mujeres. Si la proporcion de enfermos *pobres* fué mucho mayor, los *ricos*, sin embargo, no estuvieron libres de ella. Segun Chardon, los individuos mas expuestos á las *vicisitudes atmosféricas* fueron afectados principalmente; pero esta asercion carece de valor cuando se recuerda que los habitantes sedentarios del Hospicio María Teresa fueron los primeros atacados y peor tratados (36 enfermos de 40 habitantes). Mientras que la epidemia no respetaba localidades aisladas y salubres, lo eran individuos que vivian en habitaciones reunidas y mal sanas. No puede invocarse la influencia de las estaciones y de la constitucion atmosférica, porque, anteriormente á 1828 y desde esta época, la villa de Paris ha estado sometida á constituciones análogas, y todavía mas acentuadas en lo que podian tener de fatal para la salud de la poblacion, y no obstante la acrodinia no reapareció. En presencia de la simultaneidad de invasion, de la localizacion muchas veces muy acentuada de la enfermedad en muchos cuarteles, se tuvo la idea de investigar si era debida á una intoxicacion procedente de la alteracion de los alimentos y bebidas. Ciertas analogías sintomáticas hicieron sospechar particularmente de los cereales; pero la administracion de Paris suministraba el mismo pan á todas las casernas, y solo algunas fueron atacadas. Por otra parte, si las harinas empleadas para la confeccion del pan que usa Paris, hubiesen presentado, en 1828, una de las alteraciones á las cuales se le atribuian los accidentes conocidos con el nombre de *convulsion de los cereales*, semejante causa, susceptible de extender su influencia de una manera tan general, puesto que toda la poblacion de Paris hace uso de pan, hubiera, á no dudarlo, determinado casos todavía mas numerosos. Las harinas procedentes de granos recolectados en diferentes localidades de Francia hubiesen producido infaliblemente los mismos fenómenos entre las poblaciones de la comarcas que producen cereales. En fin, como luego diremos, las analogías que se han establecido entre la *acrodinia* y las enfermedades, tales como la *pelagra* y el *ergotismo convulsivo*, desaparecen delante de las diferencias sintomáticas las mas marcadas. Nosotros no podemos, pues, colocarnos en este punto al lado de Rayer, que ha clasificado esta afeccion entre las *enfermedades pelagrosas*, opinion que ha sostenido recientemente con mucho talento Th. Roussel (1). En 1828 se habia imputado ya la acrodinia al uso de la carne de cerdo, aun cuando no se conocia entonces la enfermedad provocada por las *triquinas*. Desde que se ha estudiado completamente este parasitismo, Le Roy de Méricourt (2), comparando el cua-

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 890.--Th. Roussel, *De la pellagre et des pseudo-pellagres*. Paris, 1866.

(2) Le Roy de Méricourt, *Note tendant à demontrer l'identité probable de l'acrodynie et de la trichinose (Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXXI, sesion del 10 de Octubre de 1865, y *Gazette hebdomad.*, t. II, 2.ª série, p. 692).

dro sintomático de la *acrodinia* con el de la *triquinosis*, ha procurado establecer la identidad probable de estas dos afecciones y darles un orígen comun. (Véase artículo TRIQUINOSIS.)

En la actualidad, es sin duda imposible llegar á demostrar que las carnes con triquinas hayan podido formar parte de la alimentacion de la villa de Paris y de las localidades inmediatas, en los años de 1828 y 1829, pero es imposible igualmente que dejen de llamar la atencion los numerosos puntos de contacto que tienen la acrodinia y la triquinosis, en mayor número que ninguna de las demás enfermedades, con las cuales se ha comparado la *enfermedad epidémica de Paris*.

§ III.—Marcha y síntomas.

En el mayor número de veces, la invasion de esta enfermedad es rápida. «Segun Genest, es raro que en una familia sea atacada una sola persona; por lo comun el marido, la mujer, los hijos y los criados, son invadidos casi simultáneamente y á poca distancia los unos de los otros.» En el cuartel de Lourcine, el 4 de Setiembre de 1828, por la mañana, fueron invadidos repentinamente treinta hombres, y de novecientos enfermaron setenta y cinco en el espacio de quince dias.

Antes de estudiar los síntomas en particular, creemos útil trazar á grandes rasgos la enfermedad en su expresion mas general. Tomaremos del artículo ACRODINIA de L. Desnos (1), el cuadro mas fiel que se ha hecho de ella.

«En un sugeto atacado de acrodinia, lo primero que se observa son algunos trastornos dispépticos, que consisten al principio, en un poco de anorexia, repugnancia á ciertos alimentos y particularmente á los que no tienen alguna acidez; no obstante, la lengua no está rubicunda. Al mismo tiempo, aparece hinchazon en la cara; especie de edema duro, que muchas veces no conserva la impresion del dedo y puede generalizarse. Con esto, en ciertos casos, conjuntivitis ó signos de congestion de la mucosa brónquica.

»Si se acentúan mas los trastornos digestivos, lo que no es comun, sobrevienen vómitos acompañados de diarrea biliosa. Entonces, ó tambien desde el principio, fijan la atencion de los enfermos síntomas característicos por parte de las extremidades inferiores, las mas de las veces, otras hácia las superiores, ó lo que es mas raro, hácia ambas simultáneamente. Sienten en los piés y las manos *adormecimientos* y *hormigueos*, que no tardan en ser reemplazados por fenómenos de hiperestesia superficial y profunda, consistentes en sensacion de quemadura ó de frio excesivo, de picaduras de agujas

(1) Desnos, *Nouveau Dictionnaire de médicine et de chirurgie pratiques*, t. I, article ACRODINIE.

ó de lancetas, dolores profundos de carácter variado, que afectan muchas veces la forma de calambres, irradiándose hácia los diversos segmentos de los miembros y pudiendo invadir tambien todo el cuerpo.

»Al mismo tiempo se afecta mas ó menos la contractilidad, tanto que los movimientos de las partes dolorosas, se hacen difíciles, y existen á veces en ellas contractura, temblores y sobresalto de tendones; siendo el sitio despues estas mismas partes de rubicundeces eritematosas, de dimensiones, color localizacion sumamente variables, que se sitúan las mas de las veces en los piés, en su cara plantar, ó bien en la comisura de los dedos al nivel de las articulaciones falangianas: eritema que toma con frecuencia, sin confundirse, la fisonomía de los sabañones. En las manos, la rubicundez ocupa la cara palmar, en las diferentes secciones de los dedos.

»Llegada á este período, que se podria llamar de excitacion, la enfermedad retrograda, sucediendo fenómenos de depresion á los precedentes. A la hiperestesia reemplaza la anestesia, los síntomas espasmódicos son reemplazados por debilidad ó tambien por parálisis; el eritema palidece, se borra, desaparece y deja, como indicio de su paso, una alteracion de secreciones epidérmica y pigmentaria, que se traduce por descamacion con engrosamiento del epidermis, el cual se vuelve *amarillo* y *negruzco*: en seguida todo entra en órden, despues de una convalecencia, mas ó menos fácil, y muchas veces penosa. Durante todo este tiempo (cosa notable) el acrodínico, aun cuando sufra un insomnio bastante pertinaz, conserva no obstante toda la integridad de su inteligencia, con frecuencia tambien su alegría natural, y casi nunca hay fiebre. Esto dura desde algunos dias hasta cinco ó seis meses, antes del completo restablecimiento.»

1.° *Trastornos del tubo digestivo.*—Casi constantemente, al principio y con mucha frecuencia en el curso de la enfermedad, se encontraban perturbadas las funciones digestivas. De cincuenta y dos enfermos observados por Genest, cuarenta y nueve han presentado estas perturbaciones; de los cuales ocho no sufrieron *anorexia*; mientras que los vómitos y la diarrea se unieron á la pérdida de apetito en los cuarenta y uno restantes. A la falta de apetito siguen bien pronto las *náuseas* y *vomituraciones*; sobreviniendo á veces *vómitos* pertinaces y tambien *hematemesis* que solo duraban un corto número de dias. La *diarrea*, por el contrario, persistia durante semanas y aun meses. Las *evacuaciones*, en número de cuatro ó cinco, eran unas veces poco abundantes y sin *cólicos* ni *pujos*, ya, por el contrario, coincidian con *vivos dolores en el epigástrio* y en el *abdómen*. La intensidad de las perturbaciones digestivas eran tan intensas que simulaban á veces los accidentes *coleriformes*. En ciertas ocasiones, las deyecciones contenian sangre. Se ha visto casos en que la diarrea cesaba momentáneamente para reaparecer muy luego, y esto sin causa apreciable.

2.° *Perturbacion de las funciones del sistema nervioso.*—La alteracion de la sensibilidad se manifestaba principalmente en las extremidades. Los enfermos se quejaban de un *adormecimiento general* que se propagaba poco á poco á la periferie, de una *sensacion de frio* á la que seguia un calor urente, de una *disminucion de la sensibilidad* y de un *sentimiento de hormigueo*, en las *manos* y en los *piés* que los pacientes comparaban á lancetazos: cuando andaban creian hacerlo sobre arena. Muchas veces, los miembros eran acometidos de *punzadas*, que arrancaban gritos y determinaban un *insomnio* que duraba meses enteros. El calor de la cama aumentaba los dolores, los cuales invadian con mayor frecuencia los piés hasta los maleolos, pero se manifestaban tambien en todas las partes del cuerpo, exasperándolos la menor presion sobre las masas musculares del brazo, antebrazo y piernas. En algunos enfermos se presentaban la *anestesia* ó la *analgesia*, aisladas ó reunidas.

Los trastornos de la contractilidad muscular, consistian en *calambres*, *espasmos* y *sobresalto de tendones*. Las *contracciones* dolorosas determinaban á veces *convulsiones tónicas* generales, verdadero estado *tetánico*. En un período mas avanzado, los enfermos experimentaban una gran *debilidad* general; y tambien se observaban con frecuencia *parálisis parciales* y *atrofia de los miembros*.

3.° *Síntomas suministrados por el tejido celular.*—Despues de los trastornos de las funciones digestivas, el *edema* de diversas partes del cuerpo era el síntoma que se presentaba el mayor número de veces en la acrodinia. Desde el principio se manifestaba con bastante frecuencia *hinchazon* muy marcada de la cara, de los *piés* y de las *manos;* siendo mucho mas raras la *anasarca* y la *ascitis*. En varios casos aparecia la erisipela indolente; manifiesta sobre todo en la cara y extremidades.

4.° *Síntomas que aparecen en la piel.*—Se observaba un eritema de la palma de las manos y de los piés, análogo al de los sabañones. En las piernas particularmente, se veian manchas de un rojo vivo y pápulas, y otras veces equímosis, furúnculos y gangrenas parciales. Los piés y las manos en especial, se cubrian de flictenas y ampollas, á consecuencia de las cuales se verificaba una descamacion del epidermis que se ennegrecia ó ponia oscuro. Pero estos fenómenos estaban lejos de ser constantes. Casi siempre habia en la enfermedad de que se trata, sudores locales en los piés y manos; y en muchas ocasiones las *producciones pilosas* que cubren los tegumentos caian, y habia *alopecia* parcial.

5.° *Síntomas correspondientes á las mucosas oculares.*—Frecuentemente se observaba rubicundez de ojos limitada á la conjuntiva y acompañada de lagrimeo, fotofobia, y sobre todo de picazon y punzadas. Estos fenómenos persistian casi toda la enfermedad y coincidian ordinariamente con el edema de la cara.

6.° *Complicaciones.*—La acrodinia se complica, durante su curso,

con afecciones muy diferentes, pero principalmente con la *neumonitis*, la *tisis pulmonar*, la *alteracion del parénquima pulmonar* y la *sufusion serosa en las pleuras*. Muchas veces se observa una violenta *disuria*; no se presentaba *albúmina en la orina*, y las *funciones genitales* se debilitaban mucho, y en las mujeres era frecuente la amenorrea.

Por lo comun la fiebre era poco intensa, y solo se hacia muy viva en los sugetos que ofrecian accidentes intestinales graves.

§ IV.—Duracion y terminacion.

La duracion varía de muchas semanas á muchos meses. Algunos sugetos atraviesan toda la enfermedad en dos ó tres semanas sin acostarse. La parálisis, la atrofia de los músculos y el enflaquecimiento prolongan mucho la convalecencia.

La mortalidad ha sido muy pequeña respecto al número considerable de atacados; no obstante, en el Hospicio María Teresa, sucumbieron diez y ocho enfermos de cuarenta personas que habia en él.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Nada tenemos que decir de las *lesiones anatómicas*. En la descripcion de los síntomas, hemos dado á conocer lo que se observaba en la piel y respecto á las lesiones internas, pertenecen, como lo hace notar Rayer, á simples complicaciones.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Las enfermedades con las cuales ofrece alguna analogía la acrodinia, son la *pelagra* y la *convulsion de los cereales*, pero no se puede realmente establecer ninguna comparacion con el *dengue* (1) *(girafe, fiebre Polka, roja, chinesca, etc.)*, ni tampoco con la *contractura idiopática de las extremidades*.

La acrodinia, como la pelagra, va acompañada de accidentes nerviosos, trastornos digestivos y lesiones cutáneas; pero estas manifestaciones presentan caractéres tan diferentes y tan marcados en estas dos afecciones, que es imposible confundirlas. La acrodinia es una afeccion aguda y de duracion limitada, mientras que la pelagra es una enfermedad crónica de exacervaciones primaverales y que se termina casi siempre fatalmente. El eritema en la acrodinia es un epifenómeno que está lejos de ser constante, en cuanto que el eritema pelagroso es característico, y por decirlo así, patognomónico. En la

(1) Voy. Hirsch, *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*, Seite 272-276, et *Arch. de méd navale*, Noviembre, t. IV, p. 506.

acrodinia la inteligencia permanece intacta, mientras que el delirio, la lipemanía y la monomanía suicida son muy frecuentes en los pelagrosos. Finalmente, admitiendo como perfectamente demostrado la teoría del *ceismo*, en la etiología de la pelagra, creemos haber establecido que los cereales no han debido jugar papel alguno en la produccion de la acrodinia. Lo que acabamos de decir basta para desechar toda idea de parecido entre la acrodinia y la *convulsion de los cereales* (*ergotismo convulsivo* de los alemanes). Por lo que respecta á la comparacion entre la acrodinia y la triquinosis, nos referimos al artículo que se ocupa de esta enfermedad.

Pronóstico.—La intensidad de los diferentes síntomas y la larga duracion de la afeccion hacen de la acrodinia una enfermedad grave. No obstante, lo que hemos dicho mas arriba de la terminacion, prueba que no puede colocarse entre las enfermedades, muy graves. La avanzada edad y la grande intensidad de los síntomas referentes á las vias digestivas ó las respiratorias son las circunstancias mas temibles.

§ VII.—Tratamiento.

No conocemos medios eficaces contra esta singular enfermedad; por lo cual, no ofreceria ventaja alguna entrar en largos detalles respecto á este asunto; el resúmen siguiente, sacado del artículo de Dance, nos parece lo bastante: «La *sangría*, dice este autor, no ha sido ventajosa mas que para disipar un estado de plétora ó de congestion accidental; las *sanguijuelas*, aplicadas sobre el borde de los piés, han calmado á veces el eritema, pero sin disminuir los adormecimientos; sobre el vientre, tienen poca eficacia contra los síntomas gastro-intestinales; sobre el ráquis y en mucho número, las han considerado algunos prácticos mas favorables contra el conjunto de los síntomas. Las *cataplasmas emolientes*, envolviendo los piés, no han producido las mas de las veces ningun efecto contra los hormigueos; en ocasiones los han aumentado. Las *fricciones*, sobre las mismas partes con cuerpos grasos cargados de un aceite volátil (de *trementina*) ó de *amoniaco*, han dado mejor resultado; sucediendo lo mismo con *lociones frias* aciduladas con *acetato de plomo*. Los *baños simples*, líquidos ó de *vapor*, *sulfurosos* ó *aromáticos*, solo han producido algun alivio. Los *vejigatorios* son, de todos los medios externos, los que han dado, al parecer, mejores resultados para calmar los adormecimientos y los hormigueos, en los casos principalmente donde los dolores no se limitaban á los piés y á las manos. Aplicados á lo largo de los miembros y sobre todo en la direccion del ráquis, han ocasionado muchas veces la cesacion de estos síntomas. La *moxa* solo se ha empleado un pequeño número de veces y sin ventaja notable.

»Al interior se han usado el *opio*, la *belladona*, el extracto de

nuez vómica, el *asafétida*, la *valeriana* y los *polvos de Dower*, sin obtener en general otro cambio que una calma temporal en los dolores con el primero de estos medicamentos. Se han ensayado igualmente los *purgantes*, el *emético á altas dósis* y el *tratamiento* llamado de *La Caridad* para el cólico de los pintores, pero sin resultados mas favorables. No obstante, este último tratamiento parece haber tenido algun éxito en manos de Cayol. En fin, en los casos en que la enfermedad se presentaba bajo una forma remitente ó intermitente, el *sulfato de quinina* ha sido ineficaz como los demás medicamentos.»

Para completar este tratamiento, añadamos lo que dice respecto á esto Rayer, que ha seguido las diversas fases de la epidemia: «En la incertidumbre en que estaba sobre la naturaleza de la acrodinia, ensayé, como la mayor parte de los médicos, diversos remedios que creia propios para combatir los síntomas predominantes, pero sin éxito notable, siendo siempre la enfermedad muy larga y variada en sus fenómenos. El mayor número de veces empleaba en los trastornos de las vias digestivas el *agua de Seltz*, el *diascordium* y la *triaca*. Cuando los síntomas nerviosos se presentaban con intensidad desde la invasion, mandaba practicar una *pequeña sangria*, y en seguida metia al enfermo en un *baño templado*, dándole un grano de *opio* por la tarde. Si, por el contrario, estos síntomas aparecian en el segundo ó tercer período de la enfermedad, y cuando su constitucion estaba ya muy deteriorada, administraba los *baños sulfurosos*, y algunas veces con éxito. Respecto á los síntomas cutáneos, jamás les he opuesto mas que *baños templados*, *lociones* y *aplicaciones emolientes*.»

2.° PELAGRA.

La pelagra ha sido en nuestros dias el objeto de numerosas investigaciones. Esta enfermedad, á consecuencia de los trabajos modernos (1), ha dejado de presentarse con ese carácter de incertidumbre y vaguedad que hacia de ella, hay algunos años apenas, una especie morbosa indeterminada y un asunto de controversia.

Hasta 1845, la pelagra no figuraba en los Tratados de medicina, sino como una endemia particular de algunas provincias de Italia.

(1) G. Strambio, *De Pellagra observationes*, *Annus primus*, 1786, in-4; Annus secundus, 1787; Annus tertius, 1789; *Dissertazione sulla Pellagra*, 1794.—Fanzago, *Memoria sopra la Pellagra*. Padova, 1792; *Sulle cause della Pellagra (Memoires de l'Academie de Padoue*, 1809).—Marzari, *Della Pellagra e della maniera di estirparla*. Venecia, 1815.—Giobani Strambio, *Dissertazione sulla Pellagra (Annali della medicina fisiologico-patologica*, Abril y Mayo de 1824.—Rayer, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, art. PELLAGRE.—Lussana et Frua, *Sulla Pellagra*, 1844, 1856, 1859.—Jolly, *Rapport général sur la pellagre, et projet de réponse á la lettre officielle de M. le ministre de l'instruction publique sur l'importance et l'opportunité de publication des documents qui lui ont été transmis sur cette maladie par le conseil central de salubrité de la Gironde (Bulletin de l'Aca-*

T. Roussel (1), remontándose al orígen de esta enfermedad, se expresaba de este modo:

«A mediados del siglo último se ha declarado una nueva enfermedad entre las clases rurales en muchos paises y con nombres diferentes; mas recientemente esta enfermedad ha invadido nuevas comarcas. En el dia se la encuentra al Sud del 47° grados de latitud boreal, entre los 10° de longitud Oeste del meridiano de Paris y mas allá del 25 de longitud oriental, en una larga zona de la region templada de Europa, desde el cabo de Finisterre hasta las riberas de Sereth, al través de las provincias pirináicas de España y Francia, la Italia alta y media, y en la cuenca del Danubio, sobre las vertientes oriental y austral Carpatas hasta las fronteras del imperio ruso.»

En estas delimitaciones geográficas la enfermedad de que se trata

démie impériale de medecine, Paris, 1845, t. X, p. 788).—Ameau, (de la Teste) *pellagre* des Landes *(Bulletin de la Academie de médecine*, t. X, p. 790). Balardini, *Della Pellagra, del grano turco quale causa precipua di questa malatita e dei mezzi per arrestarla (Annali universali di medicina*, CXIV, 1845); *Della malatita del grano turco detta verde-rame e dei sugli mali*, *effetti sull uomo e sugli animali (Annali universali di medicina*, CXXVIII; *Quesiti sulle Pellagra proposti ai medici condotti della provincia di Brescia (Annali universali di medicina*. Milano, 1849, CXXXII).—Teophile Roussel, *de la pelagre*, *de son origine, de ses progrés, de son existence en France, de ses causes et de son traitement curatif et preservatif*. Paris, 1845.—Roussilhe (de Bordeaux), *Journal de médecine de Bordeax*. Abril 1845.—Pietre Labus, *La Pellagra investigata sopra quasi duecento cadaveri di pellagrosi*, etc. Milano, 1847 (publicado primero en Diciembre de 1846 en los *Annali universali di medicina* d'Omodei).—Willemin, *De la pelagre sporadique (Arch. génér. de méd.*, 1847. 4.ª série, t. XIV, p. 60).—L. Marchant, *Documents pour servir á l'étude de la pellagre des landes, recueillis par les soins du conseil de salubrité de la Gironde*. Bordeaux, 1847.—Prosper Cazaban, thése de doctorat. Paris, 1848.—Verga, *Della Pellagra e della paralisi generale degli alienati (Gazetta medica Lombarda*, 1849).—Courty, *Memoire sur la pellagre de la vallée du Vernet* (Pirineos Orientales) *(Gazette médicale*, 1850).—Benvenisti (de Padoue). Comunicaciones á la Academia de Padoue, 1852 á 1863 *(Gazette medica delle provinzie Venete)*.—C. Morelli, *La Pellagra*. Firenze, 1856.—Ducondut, *De la pelagre dans le Béarn*, (thése de doctorat. Paris, 1858.—Julius de Theodori, *De Pellagra*, disertacion inaugural médica. Perolini, 1858.—Batalla (de Santiago), *Frecuencia de la pelagra en Galicia (El Siglo Médico*, 1.° de Marzo de 1859, y *Union Médica*, núm. del 19 de Julio de 1859).—Balhadére (de Pissos, Landes), *De la pellagre*, thése inaugurale. Paris, 1859, núm. 147.—Landouzy, *De la pellagre sporadique*. Paris, 1860.—Costallat, *Étiologie et prophylaxie de la pellagre*, comunicaciones dirigidas á S. E. el ministro de Agricultura y de Comercio, seguidas del informe del comité consultivo de higiene y de salubridad, por el doctor Amb. Tardieu, y de diferentes piezas justificativas. Paris, 1860.—Boudin, *Souvenirs de la campagne d'Italie: observations topographiques, médicales et administratives sur la haute Italie (Annales d'hygiene*, Paris, 1861, 2.ª série, t. XV, p. 24).—Tardieu, *Dictionnaire d'hygiene publique et de salubrité*, 2.ª edicion. Paris, 1862, t. III.—Bouchard, *Recherches nouvelles sur la pellagre*. Paris, 1862.—H. Gintrac. *De la pellagre dans le département de la Gironde*. Bordeax, 1863.—Rayer, *Rappor á l'Institut de France sur le concours institué pour* 1864; informe leido el 6 de Febrero de 1865.—Billod, *De la pelagre en Italie, et plus spécialement dans les asiles d'aliénés, d'aprés des observations recueillies sur les lieux*. Paris, 1865.

(1) Théophile Roussel, *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres*, ouvrage couronné par l'Institut de France (Académie des sciences), Paris, 1866.

podia tomarse por uno de esos efectos del clima, y de agentes físicos, á los cuales se refiriesen las endemias. Era preciso investigar qué cambios recientes en las condiciones exteriores habian podido producir este efecto.

Prosiguiendo estas investigaciones se asegura: primero, que nada ha cambiado en los elementos físicos y climatéricos; segundo, que los paises en que reina la pelagra presentan entre sí las diferencias mas marcadas respecto á los agentes atmosféricos, á las disposiciones topográficas, y á todas las condiciones del medio que pueden influir sobre la salud de las poblaciones.

La enfermedad, descrita por primera vez por Casal en España, hácia 1735, con el nombre de *mal de la Rosa*, descubierta en nuestros dias bajo nombres populares diversos, en nuestros departamentos del Sudoeste y en las provincias danubianas, y cuyo nombre lombardo de *pelagra* ha prevalecido en nosología, no es una enfermedad epidémica ni endémica, propiamente hablando, puesto que no tiene su causa directa en el aire, ni en las aguas, ni en los lugares, ni en ninguno de los elementos de que se compone la topografía médica de una comarca.

Los que han observado los hechos de muy cerca, todos han atribuido el mal á la alimentacion, y los mas prudentes se han fijado con una conviccion mas fuerte que objeciones invencibles, á designar el maíz como *alimento pelagrogénico*.

La curacion de la pelagra se obtiene constantemente en todos los grados en que este mal es curable por solo la sustraccion de los enfermos á la accion de su alimento predominante sacado del maíz. Esta sustraccion es un preservativo infalible, y no hay remedio ni preservativo seguro sin esta condicion.

§ I.—Definicion, historia y frecuencia.

La pelagra es el resultado, en condiciones determinadas, de la accion del maíz alterado sobre el organismo, es decir, que es una *enfermedad tóxica*. Admitida esta fórmula, se conoce inmediatamente que las antiguas distinciones establecidas, segun las formas de *epidemia*, *endemia* y de *enfermedad esporádica*, pierden toda su importancia aparente, lo mismo que pierden todas sus aplicaciones las expresiones antiguas de *diátesis pelagrosa*, de *prodromos*, de *incubacion*, de *fases*, etc., usadas para fijar en la mente los movimientos imaginarios de un vírus ó principio interno cualquiera. La frecuencia ó rareza de la enfermedad, sus desapariciones ó su persistencia están, lo mismo que su gravedad, íntimamente ligadas á la accion de la causa externa, revelada al fin por la experiencia: la accion deletérea del maíz alterado.

§ II.—Causas.

Aunque esta accion del maíz alterado sea el hecho dominante, al cual se refiera toda la evolucion de la pelagra, el *ceismo*, para servirnos de la expresion consagrada en Italia, no contiene en sí solo toda la etiología de esta enfermedad, y para asentar sólidamente la teoría etiológica definitiva es preciso tener en cuenta dos términos, ó, para emplear el lenguaje de Roussel, dos *factores*, que por regla general intervienen igualmente en la produccion de los fenómenos patológicos: el uno, el maíz alterado, factor exterior al organismo, que constituye la causa eficiente, tóxica, que da á la enfermedad su tipo y su unidad nosológica, y sin el cual todas las demás condiciones invocadas por los observadores son impotentes para producir esta enfermedad; y el otro, á la *disminucion de la resistencia vital*, factor intrínseco, sin el cual el maíz alterado no podria constituir, en muchos casos, una causa suficiente y eficaz.

El estudio analítico de hechos particulares demuestra, en efecto, que para producir en su pleno desarrollo los fenómenos pelagrosos, el *alimento pelagrogénico*, el maíz alterado necesita encontrar en el organismo ciertas condiciones de vitalidad, lo mismo que los parásitos necesitan hallar sugetos á propósito, ó que los granos una tierra propicia. Todas las causas debilitantes, los excesos de la vida genital en la mujer, y por encima de toda herencia, crean esta condicion vital.

La pelagra, en todos los paises donde se conoce, es una enfermedad reciente, cuya existencia no puede comprobarse en ninguna parte antes de los primeros años del siglo XVIII; en todas las comarcas es posterior á la introduccion del cultivo del maíz, y á la sustitucion de este cereal á los cereales indígenas, como principal alimento de las clases rurales; en fin, ni las condiciones del aire, ni el estado del suelo, ni la naturaleza de las aguas, ni las habitaciones, ni la poca limpieza, ni las profesiones tienen una influencia directa sobre su desarrollo; y sí se les puede conceder un papel secundario, como causas predisponentes y adyuvantes á las condiciones particulares de la vida rural, á las fatigas, al trabajo excesivo y á la miseria, es tan solo á causa de la debilitacion vital inherente á una vida de empobrecimiento y de reparacion insuficiente.

La aparicion de la erupcion cutánea en la pelagra, su sitio, su extension, y hasta cierto punto su intensidad, están determinadas y gobernadas, por decirlo así, por la insolacion. La accion directa del gran motor del mundo físico parece poner en actividad, de una manera especial, todos los elementos morbosos de la pelagra; así es que provoca vértigos, espasmos raquídeos, y una aparicion brusca de fenómenos nerviosos; pero al mismo tiempo demuestra este silogismo de Strambio como la expresion perentoria de la observacion clínica:

«Si un *pelagroso evita el sol* se libra de la alteracion cutánea, pero no de los progresos de la pelagra. La insolacion, pues, no es la causa de la enfermedad.»

De modo que la pelagra no puede llamarse rigurosamente un *mal de miseria;* seria mas bien un mal de *mala alimentacion*, pero de una *alimentacion especial*, teniendo por base el maíz alterado consumido en condiciones determinadas.

La teoría de Marzari, que atribuye los malos efectos del maíz á la falta de glúten en este cereal, ha tomado en nuestros dias una forma nueva en la obra de Lussana y Frua (1). La génesis de la pelagra, segun estos autores, seria el efecto de *una insuficiencia de reparacion nerveo-muscular ó protéinica*. El maíz recolectado en los paises de pelagra suministraria una alimentacion abundantemente *respiratoria*, pero insuficientemente plástica; y de este desacuerdo, mucho tiempo continuado, agravado por las condiciones debilitantes del trabajo rural, naceria la enfermedad. Teófilo Roussel demuestra que esta teoría, con sus formas nuevas, satisface mal á las condiciones del problema que hay que resolver, y que hay necesidad, para el análisis de los hechos y fenómenos patológicos, buscar una alteracion en la materia alimenticia del maíz, á fin de explicar los efectos deletéreos de este grano.

Los granos de nuestros cereales indígenas, empleados en la alimentacion de las masas, pueden dar lugar á enfermedades populares *(rafania, mal de la calambre, convulsion cereal, enfermedad del hormigueo ó kriebelkrankheit)*. Estas enfermedades, frecuentes en otro tiempo, son en la actualidad raras en Europa, efecto de ciertas mejoras, y han desaparecido enteramente de ciertas comarcas, en donde la pelagra se ha presentado á consecuencia del maíz. Han dominado principalmente en los paises frios ó húmedos, donde las recolecciones se ven con mas facilidad comprometidas. Por regla general, en años de carestía y despues de intemperies, es cuando se las ha visto tomar proporciones de epidemias terribles, como aquellas cuya historia ha escrito Linneo. Entre las reformas y procedimientos de economía doméstica opuestas á la pelagra, el mas eficaz y el mas importante ha consistido en la *desecacion artificial* de los granos destinados á la alimentacion. Muy poco frecuente en los paises de donde es originario el maíz, aunque no desconocida, la pelagra solo se ha hecho notable en Europa, en las comarcas que se aproximan por el al límite natural del cultivo de la bella gramínea americana, Norte, es decir, allí donde el desarrollo y maduracion de su grano son incompletos el mayor número de veces. Aunque en ciertos paises la repeticion casi anual de sus ataques le da mas la apariencia de una endemia, sin embargo, ofrece por todas partes desigualdades que no

(1) Lussana y Frua, *Sulla Pellagra*, 1856, obra premiada por el Instituto lombardo.

tienen otra regla que el estado de las recolecciones de los granos; por lo mismo, despues de años de intemperies se la ve exasperar, multiplicarse y hacer á veces en la primavera explosiones repentinas, como una especie de epidemia; y sobreviniendo en seguida una série de años mejores, parece borrarse ó reducirse á las proporciones de una enfermedad esporádica.

El exámen comparativo de los fenómenos patológicos acaba de demostrar el parentesco de la pelagra y las enfermedades esporádicas, epidémicas ó endémicas, ligadas á la accion de los cereales indígenas alterados. Th. Roussel ha citado casos en los que la pelagra se ha tomado por una epidemia de convulsion cereal, y cuya distincion no hubiera podido hacerse seguramente mas que por el conocimiento de la causa.

El ergotismo está caracterizado por las gangrenas, lo mismo que el producto *fúngico* que le produce lo está por sus formas determinadas. Todas las enfermedades populares que provienen de la accion alimenticia de los cereales alterados se caracterizan esencialmente por accidentes nerviosos de naturaleza espasmódica, seguidos de una debilidad que se aproxima mas ó menos á la parálisis. Estas enfermedades, que Th. Roussel propone reunir en un grupo nosológico natural con el nombre de *enfermedades cereales*, han sido colocadas en la clase de neurosis; no obstante tienen sus afinidades mas verdaderas con las intoxicaciones. Son *enfermedades tóxicas*, que el modo particular de su causa permite llamar *intoxicaciones alimenticias*.

Falta determinar cuál es, en el maíz alterado, el principio morbífico que produce la pelagra. Lo que la ciencia posee en el dia, mejor establecido sobre este punto, pertenece al doctor Balardini, de Brescia; pero el parásito cuya existencia nos revela Balardini, el *verderame*, ¿es la verdadera causa específica en la cual se resume toda la etiología de la pelagra? ¿No seria el mismo un simple efecto de una alteracion mas oculta, una reaccion química desconocida en esos líquidos orgánicos de los granos mal sazonados, que el abate Rozier llamaba *agua de vegetacion?*

§ III.—Síntomas, marcha, duracion, terminacion y pronóstico.

La determinacion de los síntomas, de la marcha, terminaciones y pronóstico de la pelagra se halla esclarecida por la demostracion del hecho que la esencia y unidad de esta enfermedad consisten en un *acceso tóxico, ó mas generalmente en una sucesion de accesos tóxicos*, producidos por la alimentacion con el maíz alterado.

Esta intoxicacion alimenticia puede no verificarse mas que una vez en la vida de un individuo; en cuyo caso, la pelagra, faltándole su causa, no puede reproducirse mas. Pero, de hecho, las condiciones del medio, favorables al desarrollo de la causa tóxica y á su accion

eficaz, son tales que ocasionan reproducciones casi regulares, y en ocasiones anuales de la pelagra, dándole apariencias de enfermedad esporádica si las intoxicaciones son poco frecuentes, epidémica cuando se hacen comunes é intensas, y endémica en todas partes donde su reproduccion adquiere mas fijeza.

Segun la energía variable del agente tóxico, las diferencias de fuerza individual y la vitalidad de los sugetos afectados, los accidentes son graves ó ligeros, ó pueden faltar. Cada acceso tóxico ejerce cierta alteracion en el organismo, por lo cual, á medida que los accesos se repiten, la causa exterior obra en condiciones nuevas, resultando de esto cambios en los fenómenos y una agravacion progresiva de la enfermedad.

Tales son las leyes de evolucion que el análisis de los hechos permite sustituir á las concepciones mas ó menos quiméricas, que han desfigurado el cuadro de la pelagra. Su exposicion deja comprender la infinita variedad que se observa en la marcha, duracion, gravedad de casos individuales, y la inutilidad de esfuerzos intentados para colocar estos casos en cuadros artificiales, y medir la progresion de los accidentes por *fases*, *períodos* ó *estadios*.

El hecho del acceso tóxico suministra, por el contrario, una division racional de los fenómenos; la única que puede aplicarse convenientemente á la descripcion patológica.

Siendo el hecho primordial la accion tóxica del maíz alterado, á la cual se refiere toda la evolucion patológica, los fenómenos que la expresarán directamente serán los fenómenos *esenciales* y primitivos de la pelagra.

Dejando en pos de sí los accesos tóxicos alteraciones orgánicas, estas se manifestarán á su vez por fenómenos que se pueden llamar *consecutivos*.

Cada uno de estos dos grupos de fenómenos presentará á cada acceso nuevo los cambios en relacion con las variaciones, en la causa ó en el estado orgánico y vital de los individuos afectados. Estos cambios permiten dividir los fenómenos en séries, en términos de marcar en la descripcion los *grados* de la enfermedad.

«Si los accesos tóxicos son ligeros, y si no dejan en pos de sí ninguna alteracion material profunda, los fenómenos primitivos, que consisten sobre todo en desórdenes nerviosos, principalmente en espasmos, constituyen por sí solos toda la enfermedad.

»No sucede lo mismo despues de intoxicaciones intensas y repetidas: en este caso los fenómenos consecutivos se unen á los primitivos para marchar con ellos, sucederles, y tambien, en un momento y condiciones dadas, sustituirlos.»

Gaetano Strambio habia apercibido esta gradacion de los fenómenos pelagrosos sin comprender su ley. «He debido concluir, decia, que la pelagra no tiene períodos ni sucesion regular, y si se quieren establecer grados es menester deducirlos, no de la calidad, sino de la

intensidad y de la continuidad de los fenómenos mismos; y siguiendo este principio es como he creido poder dividir la pelagra en *intermitente, remitente* y *continua*. He llamado *pelagra intermitente* al primer estado del enfermo, cuando se apercibe apenas de alguna incomodidad en la primavera, gozando de perfecta salud el resto del año; *pelagra remitente*, el segundo estado, cuando agravándose el mal en primavera, se mitiga en seguida en las demás estaciones, sin ceder del todo; y en fin, denomino *pelagra continua*, cuando el mal invade con igual violencia durante todo el año.» (Strambio.)

Tambien se debe admitir, con Strambio, un *primer grado* de la pelagra, que dura tanto cuanto los accesos tóxicos sean seguidos de un restablecimiento completo de la salud anterior; y si hubiese necesidad, para caracterizar la enfermedad, buscar á este grado una denominacion mejor que la de pelagra intermitente, se la podria llamar *pelagra espasmódica*, porque en este grado se encuentran como síntomas principales, espasmos, principalmente dolores espinales, piroxis, cierta disfagia, cólicos con ó sin diarrea, y algunos otros trastornos, que se han considerado sin razon como de naturaleza flegmásica. A este grupo de fenómenos nerviosos se añaden una pesadez vertiginosa particular, una especie de tristeza con apariencia de estupor y abatimiento de fuerzas. El cuadro se completa por la aparicion, en los individuos que se exponen á los rayos solares, de una erupcion cutánea que presenta grandes variaciones, y que se ha descrito con el nombre de *eritema pelagroso* y de *descamacion pelagrosa*.

En tanto que la enfermedad se limite á estos accidentes, y en tanto que su aparicion vaya seguida del restablecimiento de fuerzas y de la salud, no puede considerarse la pelagra como una enfermedad grave, aun cuando se haya dicho lo contrario.

El paso del *primero* al *segundo grado* no está marcado solamente por un mayor desarrollo de los fenómenos que acaban de indicarse; es sobre todo por la aparicion de la persistencia progresiva de los fenómenos consecutivos; en vez de un abatimiento de fuerzas, se manifiesta una debilidad, que se pronuncia muy especialmente en los miembros inferiores, y llega al estado que los autores han llamado *parálisis pelagrosa*; los vértigos van acompañados bastantes veces de caidas, que ofrecen, en ciertos casos, apariencias epileptiformes: á los trastornos sensoriales, mezclados de estupor y tristeza, suceden verdaderos desórdenes cerebrales; la *locura pelagrosa* aparece con formas y accidentes propios; y cuando no sobreviene, son presa los enfermos de una debilitacion mental progresiva, que llega mas tarde á la demencia ó á una imbecilidad completa. La lengua, los labios y la cavidad bucal presentan alteraciones que se han descrito con poca propiedad bajo el nombre de *estomatitis pelagrosa*. Entonces es cuando se revelan alteraciones de textura en las vias digestivas por diarreas particulares cada vez mas pertinaces.

Aunque los fenómenos espasmódicos estén muy pronunciados en

este grado, el rasgo principal consiste á lo sucesivo en debilitacion del sugeto y en esta debilidad nerviosa y muscular progresiva que ha recibido el nombre de *parálisis pelagrosa*. Para expresar este hecho, se podria designar con el nombre de *pelagra paralítica*, el conjunto de fenómenos del segundo grado, que Strambio habia tratado de caracterizar por la expresion de *pelagra remitente*.

Si se examinan los datos clínicos, segun los cuales los mejores observadores italianos han establecido la existencia de un *tercer periodo* en la pelagra, se encuentra este hecho, que en un momento dado, las apariencias de periodicidad (que dependen de la periodicidad de intoxicaciones alimenticias) desaparecen casi constantemente. En este grado, la mayor parte de las funciones están trastornadas; la piel está seca, terrosa, y presenta muchas veces alteraciones epidérmicas generales, el cuerpo está enflaquecido el mayor número de veces y ofrece un profundo sello de la caquexia; y por último, sobrevienen además hidropesías, que acaban bastantes veces con los enfermos, cuando no han sucumbido á las diarreas acuosas incoercibles. Con bastante frecuencia aparecen casi abolidas las facultades intelectuales. A la debilidad paralítica de los miembros inferiores, se unen con frecuencia temblores, que Strambio ha distinguido de los que son de naturaleza espasmódica. Cuando en estas condiciones sobreviene una nueva intoxicacion, se producen muchas veces contracturas ó accidentes de apariencia tetánica, y entonces es cuando se ve desarrollar en repetidas ocasiones un conjunto de síntomas graves de forma atáxica ó tifoidea, que se observan tambien por otra parte desde el segundo grado, y que han recibido en Italia el nombre de *tifus pelagroso* y mas recientemente el de *acutisacion tifoidea de la pelagra*.

En este tercer grado, la pelagra merece el nombre de *enfermedad continua* que le daba Strambio, y tambien se la podria llamar con mas justicia *pelagra caquéctica*, porque no solamente la debilitacion paralítica domina en ella sobre los accidentes convulsivos, sino que el estado de languidez orgánica y de caquexia domina á todo lo demás. Este estado incurable y desesperado, ha recibido en los hospitales de Italia el nombre de *tabes pelagrosa* ó *caquexia pelagrosa*, nombre muy usado, pero cuyas aplicaciones era necesario precisar mejor. (Th. Roussel.)

La denominacion de *tabes pelagrosa* se ha dado á dos estados diferentes, de los cuales uno no es mas que el último grado de la pelagra tóxica, mientras que el otro es hasta cierto punto, el resíduo de esta enfermedad y como una de sus terminaciones, cuando los accesos tóxicos, habiendo puesto la economía en un estado incurable, no se renuevan mas y no provocan tampoco nuevos fenómenos de intoxicacion.

Establecida esta distincion, y si se admite la observacion rara y capital de Th. Roussel, á saber, que la mayor parte de los pelagro-

sos que se encuentran en el estado de incurables en los hospitales y asilos de dementes de los paises de pelagra, pertenecen á este segundo estado, es decir, que no presentan mas que un estado caquéctico consecutivo á las intoxicaciones pelagrosas, sin indicios ó solamente con indicios medio borrados de los accidentes tóxicos primitivos, se inclinará uno á reconocer en este hecho una de las principales causas de errores que han hecho confundir la pelagra con una porcion de estados caquécticos y ha dado lugar de este modo á esos diagnósticos un momento tan multiplicados de *pelagras esporádicas* y de *pelagra* de los enajenados, que Th. Roussel separa bajo la denominacion de *seudo-pelagra.*

Despues de lo dicho, la pelagra no debe considerarse, del modo que lo han hecho la mayor parte de los médicos franceses contemporáneos, como un estado patológico mal definido, una especie de diátesis, ó una caquexia manifestándose por una triada de fenómenos, es decir, por una dermatose, por una afeccion gastro-intestinal y por accidentes nerviosos variados, sino como una enfermedad claramente definida por fenómenos cuya série puede dividirse en dos estados patológicos sucesivos, á saber: 1.°, una enfermedad primitiva, tóxica, cuya marcha y grados están determinados por la repeticion de las intoxicaciones que la producen; 2.° una caquexia, ó un estado morboso consecutivo, resultado complejo de intoxicaciones y del conjunto de condiciones debilitantes en las cuales se desarrolla la enfermedad tóxica.» (Th. Roussel.)

§ IV.—Diagnóstico.

Considerando los rasgos del cuadro nosológico que acaba de exponerse sucintamente, llama la atencion en el dia que se haya podido sostener la existencia de una *pelagra esporádica abreviada y una variedad de pelagra propia á los enajenados*, apoyada tanto en un número crecido de clínicas, como ante nuestros primeros cuerpos científicos.

Sin hablar de las *enfermedades cereales* y principalmente de la *convulsion cereal*, que ofrece con la pelagra analogías evidentes en la expresion sintomática, las enfermedades cuyos caractéres es necesario comparar con mucho cuidado á los de la pelagra y que han dado lugar á confusiones muy frecuentes, son diversas intoxicaciones; particularmente la intoxicacion alcohólica lenta, ó dipsomanía; el estado que se ha descrito con el nombre de miseria fisiológica y diferentes estados caquécticos; la hipocondría y las dispepsias; las enfermedades cerebrales y en especial la parálisis general progresiva; diversas enfermedades nerviosas convulsivas; las coreas y las parálisis que, á beneficio de una complicacion accidental, pueden imponerse por un momento; la acrodinia, la triquinosis, ciertas formas de reumatismo, y las enfermedades de la piel.

§ V.—Alteraciones químicas.

Las autopsias de los pelagrosos durante el primero y segundo grado, dan resultados negativos. Tal es la regla general. En el tercer grado y en los sugetos que han sucumbido á consecuencia de los progresos mismos de la enfermedad tóxica, ó de accidentes directamente enlazados con el desarrollo de esta, se encuentran numerosas alteraciones, pero que la mayor parte no pueden servir de nada para caracterizar la pelagra, y parecen no pertenecerle exclusivamente: solo ciertas alteraciones del aparato digestivo forman excepcion al parecer. La mas importante es un *adelgazamiento particular* de las paredes del íleon y yeyuno, sobre el cual ha llamado la atencion, en 1846, un médico del hospital Mayor de Milan, P. Labus, y que, segun este autor, que hizo mas de doscientas autopsias, es *constante é infalible* en la pelagra avanzada. Théophile Roussel, considera esta alteracion como una degeneracion particular ligada á los progresos de una discrasia. «Meditando, dice, sobre los hechos de la descripcion dada por Labus: la disposicion de la túnica muscular del intestino, la palidez de los tejidos, la imposibilidad de hacer llegar las mas finas inyecciones, hasta el centro de las partes adelgazadas, mientras que se inyectan muy bien los linfáticos, me ha inclinado á compararlas á una degeneracion que los alemanes habian llamado *lardácea*, que despues se ha descrito con el nombre de *trasformacion cerosa*, y que se ha estudiado con nuevos detalles, bajo la denominacion de *degeneracion amilóidea* (1). Dos hechos me han llamado sobre todo la atencion en las noticias suministradas por Virchow: 1.ª la desaparicion de los pequeños vasos en las partes invadidas por la degeneracion, y 2.ª la existencia de una diarrea serosa pertinaz, con palidez de los tejidos, etc.» (Th. Roussel.)

La oportunidad de la analogía de que se trata, parece todavía mas fundada, cuando se observa la coexistencia, con esta degeneracion del intestino, de la alteracion del hígado que Strambio y Fanzago habian ya indicado y que Cárlos Morelli ha estudiado mejor. Luego este estado del hígado de los pelagrosos, notable al mismo tiempo por la friabilidad y la blandura, con un tinte pálido parecido al color de la *nuez moscada, con los acini rojos y los vasos invisibles, mientras que los acini amarillos han tomado el aspecto de las granulaciones de las glándulas salivales*, pareciendo en ciertos casos *rodeados de una capa fibrosa*, se refiere de una manera patente á la descripcion de la degeneracion cerosa ó amilóidea que Virchow ha estudiado principalmente en el hígado, donde se pueden seguir mejor que en ninguna parte sus fases y progresos.

(1) Virchow, *La pathologie cellulaire basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus*, traduction de P. Picard. Paris, 1866.

§ VI.—Terapéutica y profilaxia.

La historia de los tratamientos sucesivamente empleados, prueba que se hubo recurrido con igual impotencia á todos los sistemas y á todos los agentes farmacológicos. La experiencia ha establecido dos hechos que son incontestables: 1.°, la insuficiencia de los medios farmacéuticos, y 2.°, la curacion de la pelagra, en los grados que es curable, á beneficio del cambio de alimentacion y el uso bien dirigido de sustancias animales. Así es que el tratamiento de la pelagra, dejando aparte los accidentes y casos excepcionales, se resume en el uso de medios dietéticos. A la dietética, es decir, á las buenas condiciones de régimen y de alimentacion sustancial y reparatriz, que es su base real, y no á los baños, que solo es una parte secundaria, es á quien la terapéutica, hecha célebre en Italia con el nombre de *cura balnearia*, debe sus buenos resultados tan conocidos. Por las mismas razones es porque la *dieta láctea*, recomendada por todos los buenos observadores desde Gaspar Casal, forma una parte tan preciosa del tratamiento de que hablamos.

Las verdaderas reglas prácticas de la profilaxia se deducen, de una manera tan directa y tan clara como las de la terapéutica, de la doctrina del *ceismo*, tal cual acaba de exponerse. Por esto se comprende la inutilidad, por no decir la barbarie, de las antiguas medidas propuestas hasta nuestra época contra las invasiones de la pelagra; aquellas, por ejemplo, de la trasportacion de las familias de los pelagrosos, de la prohibicion del matrimonio entre estas familias, de la prohibicion del cultivo del maiz, de medidas legislativas contra el sistema de grandes granjas en la alta Italia, etc.

El exámen de las medidas prácticas en materia de profilaxia, dice Théophile Roussel, me habia conducido, en 1845, á estas tres proposiciones: 1.°, mejorar el cultivo del maiz en los paises de pelagra; 2.°, mejorar los medios de conservacion de los granos recolectados, y 3.°, mejorar los modos del uso alimenticio del maiz.

Es tambien en estos límites en los que la ciencia cifra en el dia la salud de los paises de pelagra. Roussel demuestra las dificultades de aplicacion de medidas legislativas generales reclamadas por diversos médicos, y la posibilidad para la medicina sola, y sobre todo segun las circunstancias locales, por medio de los poderes administrativos, de poder socorrer eficazmente á las poblaciones pelagrosas. A la cabeza de las medidas preventivas generales coloca siempre la *torrefaccion del maiz*, segun el procedimiento *Bourguignon*, medio cuyas felices aplicaciones hechas ya en algunos puntos de Italia se han observado en sus primeros trabajos: hoy pone de relieve que la práctica de los pueblos ceófagos del nuevo mundo que se preservan de la pelagra, principalmente el uso de la cal apagada, tienen un objeto y un resultado análogos á las adoptadas por las poblaciones de nues-

tras provincias del Este, que consumen el maiz recolectado por ellas, sin inconvenientes para la salud pública (Théopile Roussel).

3.° ERGOTISMO GANGRENOSO.

Existen diferencias de tal manera ostensibles entre las descripciones de los médicos que han observado, en diversas épocas y en ciertas comarcas de Europa, la invasion de accidentes bajo la forma esporádica ó epidémica atribuidos á la presencia de una mayor ó menor proporcion de cornezuelo de centeno en las harinas, que es imposible dar una gran precision á la historia de estas epidemias. Segun las investigaciones llenas de erudicion de Teissier, de Jussieu, Saillant y Paulet, resultaria, desde luego, que se han confundido muchas veces los accidentes imputados al cornezuelo con el *mal ardiente* ó erisipela pestilencial, enfermedad designada por los autores del siglo XIV con el nombre de *pestis inguinaria*, y cuyos principales síntomas eran el carbunclo, las manchas petequiales y los bubones. A partir del siglo XVII, se observa que las descripciones relativas al ergotismo observado en Francia, Portugal, España é Italia, se refieren exclusivamente á una afeccion caracterizada por la gangrena, mientras que los accidentes atribuidos al cornezuelo observados en Alemania, Suecia y Rusia, son notables por la presencia, casi constante, de convulsiones. Es evidente, pues, que se ha dado un solo y mismo orígen á enfermedades diferentes. No habiéndose reproducido en los tiempos recientes epidemias llamadas de ergotismo, sea que las causas que las ocasionaban hayan perdido de su actividad, ó que el progreso de los métodos de observacion haya venido á establecer mas precision en el diagnóstico, es imposible en nuestros dias disipar la oscuridad en que permanecerán envueltas muchas de ellas. Séame permitido suponer que mas de una vez se han atribuido al cornezuelo de centeno diversas alteraciones de los cereales, ó estados morbosos indeterminados debidos á otra causa diferente. De cualquiera manera que sea, no se pueden encerrar en uno solo y mismo artículo la afeccion gangrenosa y la convulsiva reunidas por los autores bajo la denominacion comun de *ergotismo*.

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se halla perfectamente establecido en el dia por la observacion y las experiencias hechas en animales, que el uso de harinas que contengan una proporcion notable de cornezuelo de centeno origina una série de accidentes, de los cuales el mas característico es la gangrena, bajo la seca ó húmeda, que invade los miembros ú otras regiones del cuerpo. Este envenenamiento ha sido desconocido por mucho tiempo, y los efectos que de él resultan, se han confundido con otras enfermedades: en la edad media se atribuia esta gangrena á fuerzas

sobrenaturales, y se dirigian á los santos para curarla, dándole los nombres mas diversos: tales como: *fuego sagrado*, *fuego de San Marcelo*, *de la Santa Vírgen*, *de Nuestra Señora*, *de San Antonio*, *fuego infernal*. Habiéndose observado mas tarde muchas epidemias en Sologne, se le dió el nombre de *mal de los soloñeses*; y por último, el *ergotismo gangrenoso*, fué designado tambien con el nombre de *gangrena epidémica*, gangrena del *cornezuelo de centeno* y *ergotismus*.

Resulta claramente de las investigaciones de los médicos franceses y alemanes, que esta gangrena ha reinado antes de 1630, y además que se habian establecido sin fundamento relaciones entre el ergotismo y las pestes de la edad media. Thuillier, médico del duque de Sully, fué uno de los primeros que observó científicamente en Sologne la gangrena debida al cornezuelo de centeno. Por la enumeracion siguiente, se verá cuán frecuente era esta enfermedad en el curso de los siglos anteriores al nuestro y con qué prediléccion se presentaba en ciertas comarcas.

1630, ergotismo en Sologne (Thuillier); 1650, 1672, 1674, ergotismo en Sologne, en la Guienne, la Gâtinais (Peraut, Dodart y Thuillier, hijo); 1709, ergotismo en Orleans, en Blesois, en la Sologne, en el Delfinado, en el Langüedoc (Noël), en Berna, Zurich y Lucerna (Lung); 1747, ergotismo en Sologne (Duhamel, Arnault de Nobleville y Salerno; 1749, ergotismo en las inmediaciones de Lille (Bouchet, Couvert); 1764, ergotismo en las cercanías Donai y de Arras (Lorse y Turanjet); 1770, ergotismo en la Maine (Read y Vetillard); 1774, 1777, ergotismo en la Sologne (Teisseir); 1813, 1814, 1816, 1820, ergotismo en el departamento de la Côte-d'Or, de la Isére, de la Loire, de la Allier (Courbaut, Janson, Bouchet, François, Gassilland). Desde esta época, el ergotismo solo ha sido indicado muy raras veces y eso en estado esporádico por Bonjeau, en Savoia (1844). Segun Millet, se han presentado algunos casos en el Allier en 1851 (1).

§ II.—Causas.

La enfermedad que nos ocupa se ha atribuido á la mezcla con los granos alimenticios de diferentes plantas, tales como la *cizaña emborrachadora*, el *rabanillo silvestre*, el *melampiro* y las *amapolas*; pero las experiencias de Salerno (2), de Read (3) y del abate Tessier (4), no dejan duda alguna sobre la causa real del mal y sobre la

(1) Véase, *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Intoxicationen: Zoonosen und Syphilis*, von. C. Ph. Falck, E. Virchow, und F. A. Simon, p. 311 y siguientes. La bibliografía del artículo ERGOTISMO es muy completa en esta obra.

(2) Salerno, *Mém. de l'Acad. des sciences*, t. II.

(3) Read, *Du seigle ergoté*, Metz, 1774.

(4) Tessier, *Mém. de la Societé royale de méd.* Paris, 1776, t. I, p. 417; 1778, t. III, p. 387.—Véase tambien Aug. Millet, *Du seigle ergoté*, en las *Mém. de l'Académie de méd.*, t. XVIII, p. 177.

propiedad tóxica de esta produccion parasitaria del centeno, á la cual se le ha dado el nombre de *cornezuelo (estroma y conidias del Cordyliceps purpuræ*, Fries).

Esta enfermedad se la ha observado principalmente en las comarcas que, como la Sologne, se distinguen por un suelo húmedo, y cenagoso, favorable al desarrollo de la vejetacion criptogámica. Durante los años lluviosos, notables por las malas recolecciones y en que hay que moler el trigo húmedo, es cuando se ha visto ascender la proporcion del cornezuelo hasta la cuarta y tercera parte y tambien á la mitad.

La desecacion de los pantanos, el drenage del suelo, los progresos de la agricultura, la introduccion de la patata en la alimentacion y el aumento del bienestar general, son otras tantas causas que explican la desaparicion, casi completa en nuestros dias, de los accidentes del ergotismo gangrenoso.

§ III.—Síntomas, curso, duracion y terminacion.

El cuadro de síntomas ofrece algunas diferencias segun las epidemias; la intoxicacion debia necesariamente estar en relacion con la alteracion, mas ó menos grande, de los cereales y la proporcion en que la harina maleada, formaba parte de la alimentacion de los individuos. Por tanto, el ergotismo ha sido unas veces *maligno*, y otras *benigno*. Despues de haber usado pan con ergotina por un espacio variable de cinco á quince y aun veinte dias, el mal empieza por una sensacion de cansancio general, por laxitud é insomnio; despues se presentan dolores contusivos en los músculos, ó una sensacion de calor insoportable, alguna vez calambres. El vientre está mas ó menos meteorizado, aunque el apetito se conserva aun algunos dias, sin embargo, no tardan en presentarse náuseas, vómitos y tambien diarreas; el pulso se vuelve pequeño y frecuente; la piel está seca, y en partes ofrece una rubicundez erisipelatosa. La gangrena se presenta entonces con mucha frecuencia en los dedos de los piés, de las manos, en la nariz ó en otras partes, tanto bajo la forma seca, como bajo la forma húmeda. Los enfermos experimentan un frio glacial que se extiende á los miembros. La sensibilidad y el movimiento no tardan en abolirse. Consideramos inútil describir aquí los fenómenos de la gangrena, sea seca, sea húmeda, que no ofrecen nada de particular, y cuya marcha varía segun la forma que revista, y segun que continúa invadiendo las partes ó que se limite. Ordinariamente esta gangrena se circunscribe á una ó mas falanges de los dedos del pié ó de la mano. Muchas veces se separan uno ó mas dedos enteros, sin ningun derrame de sangre, y estos pueden quedar en el calzado del enfermo. Se han visto invadidos los cuatro miembros á la vez, y completamente mortificados, convirtiéndose en una especie de putrílago fétido.

Si la gangrena se apodera de vastas superficies, y no limita sus progresos, los enfermos caen en un estado de adinamia profunda y sucumben. Si se limita y la economía es bastante fuerte para resistir á la abundancia de la supuracion, la terminacion puede ser favorable; pero con frecuencia el exceso de la supuracion, la reabsorcion purulenta y la fiebre héctica, pueden producir la muerte. Entre los individuos que se libran de las graves alteraciones que acabamos de indicar, muchos arrastran una miserable existencia; unos quedan privados de uno ó mas miembros, otros paralizados y acaban por caer en el marasmo. En todas las epidemias, un cierto número de casos solo ofrecen los síntomas del primer período de la gangrena, y se restablecen pronto. Es importante notar que, aparte de la intensidad, el conjunto de fenómenos del ergotismo gangrenoso, es idéntico en todas las historias referidas por los observadores, y está lejos de ser lo mismo en lo que concierne á los accidentes descritos con el nombre de ergotismo convulsivo.

§ IV.—Diagnóstico.

Apenas se puede confundir la gangrena que sobreviene por el ergotismo con la que produce la vejez (gangrena senil), ó la que determina la arteritis. La investigacion de la causa y la diferencia de los síntomas, bastan para evitar todo error.

§ V.—Tratamiento.

La primera indicacion, mientras la enfermedad está en su principio, será modificar inmediatamente la alimentacion, y hacer uso de una sana y corroborante. Una vez confirmada la enfermedad, se establecerá un tratamiento análogo al de la fiebre tifoidea de forma adinámica, y se emplearán para combatir los desórdenes locales los tópicos usados en los casos de gangrena sintomática.

4.° CONVULSION CEREAL (ERGOTISMO CONVULSIVO).

Gaspar Schwenckfeld dió, en 1603, la primera descripcion de la enfermedad que ha sido designada, en Alemania particularmente, con una multitud de nombres que indican todos los accidentes que mas sobresalen, es decir, el estado convulsivo (Kriebelkrankheit). *La enfermedad espasmódica* ha reinado frecuentemente, ya en estado epidémico, ya en el esporádico, en diferentes localidades de Alemania y Suecia; sin embargo, los médicos de esos paises, no hacen, por decirlo así, mencion del ergotismo gangrenoso.

Mientras que es fácil notar el orígen de los accidentes gangrenosos por la inspeccion de los cereales y de las harinas, y por los experimentos en los animales, reina oscuridad sobre las causas que han

podido dar lugar á los accidentes tan variables, espasmódicos ó no, atribuidos á otras alteraciones de los cereales. Las historias que no se pueden desconocer leyendo ciertas obsérvaciones referentes al ergotismo, de la acrodinia por una parte, y de la triquinosis por otra, nos hacen suponer que ese terrible parásito, que con tanta frecuencia se nota en Alemania, ha podido desempeñar un importante papel en muchas de estas epidemias. Pero no es esta la ocasion de entrar en el desarrollo que necesitaria esta opinion. Por lo demás, Th. Roussel (1) ha tratado muy legítimamente bajo el nombre de *enfermedades cereales* diversos estados morbosos, que reconocen por causa una alteracion indeterminada de los granos, y por otra parte la miseria y sus consecuencias en la economía. Para hacer mejor las descripciones del *ergotismo convulsivo* basta tener presente los principales Tratados de algunas de estas epidemias. J. A. Srinc, hablando de la epidemia que devastó el pais de Wurtemberg en Bohemia, en 1736, se expresa así:

«La enfermedad empieza por una sensacion incómoda á los piés, una especie de titilacion ú hormigueo; bien pronto el estómago es asiento de una violenta cardialgia; despues el mal se extiende á las manos y sucesivamente á la cabeza. Los dedos, por otra parte, se colocan en una extension tan fuerte, que el hombre mas robusto apenas puede vencer, y las articulaciones parecen luxadas. Los enfermos dan gritos lastimeros, y se quejan de un fuego devorador que les quema los piés y las manos. Corren al mismo tiempo sudores muy abundantes por todo el cuerpo. Despues de los dolores se presenta pesadez de cabeza, se experimentan vértigos, y los ojos se cubren de una niebla espesa. Algunos enfermos quedan completamente ciegos, ó ven los objetos dobles. Pierden la memoria, tienen la marcha vacilante, como si estuvieran ébrios, y no son dueños de sus facultades intelectuales. Unos se vuelven maníacos, otros melancólicos, otros están sumidos en un sueño constante. El mal va acompañado de opistótonos, y sale de la boca una espuma sanguinolenta, ó teñida de un color rojo ó verde. Con frecuencia la lengua está agrietada; en algunos este órgano presenta tal intumescencia, que la voz está interrumpida y saliendo por la boca una cantidad muy considerable de saliva. La mayor parte de los que estaban atacados de accidentes epilépticos sucumbian. Este conjunto de fenómenos iba seguido de un hambre canina. Un enfermo presentó en los piés manchas que parecian picaduras de pulgas, y que persistieron durante ocho semanas; algunos tuvieron la cara enteramente cubierta. El pulso estaba como en estado de salud, sin ninguna excepcion. A los espasmos sucede comunmente la rigidez de los miembros. Esta enfermedad dura dos, cuatro, ocho y algunas veces doce semanas, con intervalos de reposo. De quinientas personas que fueron atacadas, al decir de Srinc, trescientos niños perecieron; siendo considerados como niños todos los que no habian llegado á la

(1) Véase PELAGRA.

edad de quince años (1).» En otras epidemias (2) se nota solamente una especie de embriaguez, de dolores de cabeza, de vértigos, de náuseas contínuas, y *una hinchazon considerable de la cara*. J. H. Burghard, en la relacion de la epidemia que reinó en un canton de la Silesia (1736), dice que los enfermos á quienes sobreviene casi contínua y de abundantes sudores, despues de los accesos de espasmos, curaban mas pronto. Aquellos que tuvieron la dicha de librar de la muerte, conservaron durante mucho tiempo una especie de rigidez y tambien parálisis de los miembros.

Se concibe cómo en presencia de tan grandes divergencias y de historias tan oscuras es imposible precisar cuáles son las enfermedades que fueron descritas con el nombre de ergotismo convulsivo. Es, por consecuencia, de todo punto inútil enumerar los medios que se han empleado en el *tratamiento* de accidentes tan diversos y tan mal definidos.

APÉNDICE.

PARASITISMO EN EL HOMBRE.

En el curso de esta obra, con motivo de las enfermedades de diversos aparatos, se ha tratado de la mayor parte de los parásitos vegetales ó animales. Unas veces estos parásitos, por su sola presencia, son la única causa de los accidentes; otras veces el estado morboso del sugeto en quien se han observado no es mas que una condicion favorable á su desarrollo, y bajo el punto de vista patológico no hacen mas que un papel secundario; otras, en fin, son solamente incómodos. Hemos considerado que seria de utilidad el dar, en un capítulo aparte, al mismo tiempo una ojeada á los parásitos conocidos en el hombre hasta el presente. Para los que se han estudiado en detalle en este libro, nos limitaremos á una simple mencion y á una cita del capítulo donde aquel se ha tratado; en cuanto á los que no lo han sido precedentemente, expondremos las nociones que puedan interesar al médico práctico.

PARÁSITOS VEGETALES OBSERVADOS EN EL HOMBRE (3).—Pueden desarrollarse organismos vegetales inferiores, ya en la piel, comprendiendo en ella los pelos y los folículos pilosos, ya en las mucosas.

Estófitos.

Tricofiton tonsurante, Malmesten.—El medio en que se encuentra

(1) Esta enumeracion ha sido tomada de Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*. Paris, 1853.
(2) Renauldin, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1815, t. XIII, p. 168.
(3) *Éphémérides des curieux de la nature*, déc. III.

este vegetal está representado por la sustancia misma de la raíz de los pelos. Aun no se sabe si las condiciones necesarias para la reproduccion de los esporos ó células que la producen son un estado local ó general de los humores, ó si el vegetal puede desarrollarse en un individuo sano despues que los esporos han llegado en el folículo piloso hasta la raíz del pelo. No siempre crece en esta parte del cuerpo; se extiende mas ó menos en el espesor de la sustancia del pelo, y engruesa como este. Entonces determina los accidentes cuyo conjunto caracteriza la *tiña tonsurante* (herpes tonsurans). (Ch. Robin.) Véase Valleix, t. V.

Micrósporo Audouini, Gruby.—«Se desarrolla en la superficie de los cabellos, en derredor del folículo, desde el nivel de la piel hasta una elevacion de 1 á 3 milímetros encima de su superficie. Estas criptógamas están colocadas en forma de fieltro, de manera que constituyen un tubo alrededor de cada cabello.» (Ch. Robin) (1).

Micrósporo mentagrófito, Ch. Robin.—Habita el folículo piloso de los pelos de la cara, y en particular de los del menton (2).

Micrósporo furfur, Ch. Robin.—El asiento de este vegetal es particularmente la piel del pecho y del vientre. Puede, sin embargo, desarrollarse en la de las extremidades. Jamás se le halla en las partes desnudas, tales como la cara, las manos.» (Ch. R.) (3).

Achorion Schœnleinii, Remak (4).

Entófitos.

Criptoceo cerevisiæ, Kützing.—«Se desarrolla en los líquidos del esófago, estómago é intestinos. En este caso unas veces ha sido introducido por la fiebre, otras veces se desarrolla en diversas circunstancias patológicas. Muchos observadores le han encontrado en la orina de los diabéticos.

Leptotrix buccalis, Ch. R.—«Se encuentra en la superficie de la lengua, en las materias acumuladas entre los dientes, ó en la cavidad de los dientes cariados desde donde pasa esta criptógama á los líquidos del estómago ó de los intestinos en los cursos de diarrea.» (Ch. Robin.)

Oidium albicans, Ch. R. (5).

ANIMALES PARÁSITOS OBSERVADOS EN EL HOMBRE.—Se llaman *epizoarios* los animales parásitos que se encuentran en la superficie exterior de los animales, y *entozoarios*, los que viven mas profunda-

(1) Véase Valleix, TIÑA PELADA, t. V.
(2) Véase Valleix, t. V, SYCOSIS.
(3) Véase Valleix, t. V, PITYRIASIS VERSICOLOR.
(4) Véase Valleix, t. V, TIÑA FAVOSA.
(5) Véase Valleix, t. III, MUGUET.

mente en los órganos huecos, ó que invaden sus mismos parénquimas.

Esta distincion, establecida de antiguo, es buena en razon á que se halla en relacion con ciertas particularidades de las especies mas ordinarias. Se sabe, en efecto, que las *pedicúlidas*, los *sarcoptas*, y aun otras muchas son epizoarios ó estoparásitos, mientras que las *ténias*, las *ascárides*, etc., son entozoarios ó entoparásitos. Pero las particularidades á que alude no son con frecuencia mas que temporales, puesto que las especies, sean estoparásitos ó entoparásitos, solo lo son frecuentemente durante una parte de su vida. Es la que se presenta para los *estroz* del órden de los insectos dípteros, cuya larva solo vive en los animales ó en sus órganos, mientras que su ninfa y su insecto perfecto son exteriores y libres.» (Paul Gervais y van Beneden) (1).

Bajo el punto de vista clínico esta division, ofreciendo una incontestable utilidad, nos esforzaremos en seguirla en nuestra enumeracion.

Epizoarios.

Piojos.—*Insectos hemípteros* (Burmeister), familia de los *pediculídeas*, género *Pediculus* (2).

Pulga.—*Insecto-díptero*, familia de las *pulicídeas*, género *Pulex*.

a. *Pulex irritans.*—Poco diremos de este insecto, cuya descripcion, bajo el punto de vista de la historia natural, no debe hacerse en un libro de la naturaleza de este. Su boca se compone de tres partes: 1.°, palpos articulados; 2.°, dos láminas ó lancetas dentadas que sirven para abrir la piel y hacer salir la sangre que el animal chupa por medio de las contracciones de su vientre; 3.°, de una vaina en que se mueven las láminas ó sierras perforantes.

Las comarcas del Mediodía están sobre todo infestadas. La picadura de la pulga produce una mancha lenticular, alguna vez bastante larga, de color de rosa, en cuyo centro se ve una pequeña perforacion. Estas picaduras dan alguna vez lugar á una comezon extraordinaria, y la piel es asiento de una ligera tumefaccion que se disipa rápidamente. Estas picaduras, cuando son muchas, parecen petequias, al cabo de cierto tiempo. Está averiguado que en las personas acometidas de ciertas alteraciones de la sangre, de escorbuto por ejemplo, la picadura de la pulga se hace causa ocasional de un equímosis ó verdadera petequia. Los accidentes producidos por las pulgas son bastante ligeros para merecer la atencion del médico.

b. *Pulex penetrans (nigua)* (fig. 106).—«Es mas pequña que la

(1) Paul Gervais y van Beneden, *Zoologia médicale*, t. II, p. 293.
(2) Voy. Valleix. tome V, ENFERMEDAD PEDICULAR.

precedente, y tiene los estiletes mas largos en el macho, así en la hembra está mas desenvuelto el abdómen, y es susceptible de hincharse en forma de bola despues de la fecundacion, por la turgescencia de los órganos reproductores.

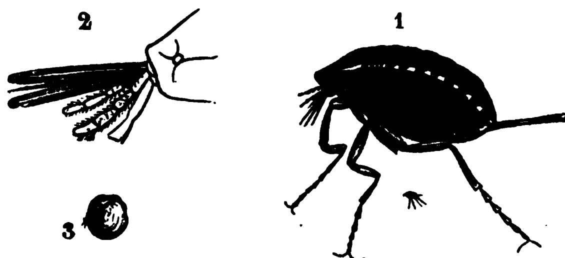


Fig. 106.—La nigua (*Pulex penetrans*): 1-2 macho y su boca muy abultada; 3 hembra y su vesícula abdominal.

«Esta especie es comun en las partes cálidas de la América, en el Brasil, en la Guayana, en las Antillas, etc. Los machos son aun mas pequeños que las hembras; y son solo estas últimas, las que se introducen debajo de la piel. Esto no lo hacen sino despues de haber sido fecundadas. Los negros, que caminan ordinariamente descalzos, son en particular acometidos y en ellos la nigua puede dar lugar á accidentes muy sérios, en razon de su incuria.

»El contorno de los talones, la planta de los piés, sobre todo la parte mas próxima á las uñas, constituyen la habitacion predilecta de este insecto en el hombre.

»Despues que el animal ha penetrado debajo de la primera capa de la piel, se presenta desde luego una ligera picazon, una especie de cosquilleo que no es desagradable. Este cosquilleo sufre, por decirlo así, una intermitencia, de manera que es mas fuerte por intervalos.

»Si se examina bien la parte, se ve un punto negro como un pequeño grano de polvo debajo de la piel, es la cabeza de la nigua. Se cava una celda, absorbe los líquidos de los tejidos, porque su vientre se distiende considerablemente (fig. 107).

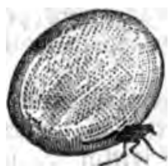


Figura 107.—Nigua papunca.

»La picazon aumenta, se vuelve insoportable para el europeo y el criollo blanco de piel delicada. Frecuentemente se encuentran sorprendidos, durante la noche, por una exacerbacion en el prurito; entonces todo sueño es imposible y la extraccion de la nigua es necesaria acto continuo.

»Si no se extrae la nigua, el prurito acaba por disminuir, hasta

por cesar. Ved lo que entonces pasa: el pequeño punto negro palidece un poco y se rodea de un tumor blanquecino. Este tumor, formado por el abdómen del animal, contiene los huevos que desarrollándose distienden su bolsa. Esta distension inflama la piel, la vuelve dolorosa. Los tejidos que rodean el abdómen, convertidos en un verdadero quiste por la muerte del animal, se inflaman tambien, se infiltran de serosidad y aislan así el quiste que tiene el volúmen y la forma de un guisante verde ordinario. Si el quiste fué extraido entero, se ve despues de algunos minutos contraerse la bolsa y expulsar los huevos por un pequeño agujero.

»La terapéutica de la nigua, es decir, su extraccion, es del dominio de los mulatos y los negros, á los cuales se dirige el mismo médico que ha sido visitado por uno de estos parásitos. El operador, armado de un alfiler, raja ligeramente la piel que cubre el quiste, para buscar sus contornos y aislarle sin romperlo. La operacion no tiene nada de desagradable para el paciente. No es necesario por tanto, tomar precauciones. Un operador poco habituado á esta extraccion, puede atacar de pronto el punto negro, que es la cabeza del animal; esta parte se rompe. Una traccion sobre el quiste, antes que esté bien aislado, tiene por efecto el extraerle incompletamente; de esta manera, uno de los fragmentos ó la cabeza ó las patas del insecto quedan en la herida, y contribuyen á producir úlceras de mala naturaleza, *úlcera cacoethica excitat*, habia dicho Linneo.

»El escozor es ligero, y cuando la operacion está bien hecha, las mas veces todo está curado en veinticuatro horas.

»Solo hablamos hasta aquí de la nigua en el estado solitario en el hombre, y hemos visto cuán fácil es desembarazarse de este huésped incómodo. Pero en el negro, los piés son los que se hallan á veces invadidos por numerosas niguas. Se comprende desde luego que el trabajo inflamatorio será mas considerable, y por poco que la extraccion sea mal practicada, incompleta, la herida tendrá una gran tendencia á ulcerarse.» (Brassac) (1).

Garrapata.—*(Arácnidos, acaries*, género *Ixodes)*.—Las garrapatas se pegan á la piel de diversos animales, principalmente de los perros, bueyes, caballos, gamos, etc., y en algunos casos se han hallado en la piel del hombre. Estos animales chupan la sangre hundiendo sus apéndices bucales en el dermis, y su cuerpo adquiere, por la sangre que aspiran, un volúmen considerable. Se les separa fácilmente, y solo los mencionamos como una curiosidad.

Rouget.—La *Rouget (Leptus autumnulis)*, es un pequeño animal arador, provisto de ocho patas, que se halla en los troncos de las gramíneas y las hojas secas, sobre ciertos arbustos de jardin, y que se pega á la piel de muchos animales domésticos y del hombre mis-

(1) Brassac, *Note sur la chique (Pulex penetrans)*, in *Arch. de méd. navale*, t. IV, p. 510.

mo. Es muy pequeño, difícil de percibir, de un color rojo escarlata.

Este animal se presenta sobre todo hácia la mitad del verano. Se agarra á la base de los pelos, y se encuentra en las piernas, muslos y bajo vientre. Los niños y las mujeres son sobre todo atacados. Su mordedura ó picadura, que tiene lugar por medio de un chupador, produce una viva comezon. Muchos autores citan casos de exantemas y afecciones vesiculosas producidas por este animal. Los baños y las fricciones con cuerpos grasos, son los medios de desembarazarse de ellos.

Sarcopto.—*Arácnido* de la familia de los *acaros* (1).

Démodo de los folículos.—*Arácnido* degradado á la forma helmintóidea.

Remitimos al lector, para la descripcion y la figura, á los *Elementos de zoologia médica* de Moquin-Tandon. Se encuentran los *démodos* en los conductos normales ó dilatados de las glándulas sebáceas, particularmente en las alas de la nariz; están mezclados con la materia sebácea. Estos animalillos viven tambien en los folículos del bello de la nariz. No determinan ningun fenómeno morboso sério. Cuando los *démodos* son numerosos, la piel se vuelve roja y rugosa; se hincha. Los orificios de los folículos se presentan entonces muy dilatados, y tiene lugar el comezon.

Dragoncillo ó filaria.—Es un gusano (*Nematoide*) blanco, cilíndrico, extremadamente largo, filiforme; su boca es redonda y tiene cuatro puas en cruz. Se han visto estos gusanos de 40 centímetros y aun de 75. El grosor del cuerpo apenas llega á 2 milímetros (Gervais y van Beneden). Este gusano es originario de las regiones intertropicales del antiguo continente, sobre todo del Africa (costa de Guinea y Senegal). Habitualmente se halla este gusano en las piernas, al nivel de los maléolos; pero tambien se encuentra en los muslos, en el escroto y en el pecho.

Da lugar á una ligera tumefaccion, despues á una comezon viva. La piel se enrojece, y distiende y alguna vez se forma un absceso muy doloroso. Si este absceso se abre, se pueden distinguir, al través de la abertura, los movimientos ó la forma del verme, que se debe procurar extraer entero, porque si llega á romperse, hay que volver á hacer la operacion y en condiciones menos favorables. Alguna vez puede verse la forma del gusano y delinearse al través de la piel. En este caso, está indicado alguna vez practicar una incision y extraer el gusano por medio de una traccion moderada y graduada.

Estos animales son vivíparos, y es importante no rasgarlos ó incindirlos mientras se los quiere extraer.

Se ignora de qué manera se introducen debajo de la piel.

No describiremos aquí la filaria del ojo, remitimos el lector al *Tratado de los entozoarios* de Davaine.

(1) Véase Valleix, tomo V, SARNA.

Larvas de los dípteros.—Sobre todo son las larvas de los *dípteros* y particularmente de los *múscidos* y de los *estridos*, las que se encuentran accidentalmente como parásitos del hombre, ya á la entrada de las vias naturales, ya en el espesor de los tegumentos, ya en las inmediaciones de heridas mal curadas, ó dando lugar á una supuracion fétida. Entre los *múscidos*, señalaremos especialmente las larvas de la *Mosca vomitoria* ó de la *Mosca carnaria*. Hope (1) ha publicado numerosas observaciones de esta naturaleza. De ciento ocho casos contenidos en su Memoria, cuarenta y tres eran referentes á las larvas de moscas.

En los últimos años, los médicos de la marina, y sobre todo el doctor Coquerel (2), naturalista distinguido, ha llamado la atencion sobre los accidentes producidos en los paises cálidos por la *Lucilia hominivorax*. Para la descripcion y la figura, remitimos al lector á la *Zoologia médica* de Moquin-Taudon (p. 222).

Los huevos de esta mosca, introducidos en las fosas nasales, se trasforman en larvas, que penetran en las anfractuosidades formadas por los cornetes, en los senos maxilares y frontales, avanzan hasta detrás de la garganta, y aun á los párpados y espesor de los carrillos. Cuando adquieren su completo desarrollo, lo cual tiene lugar ordinariamente en el momento en que el enfermo sucumbe, algunas veces uno ó dos dias despues abandonan su víctima, se esparcen á su alrededor para sufrir sus metamórfosis ulteriores.

Se trasforman prontamente en ninfas que á los ocho dias se con-convierten en moscas. La hinchazon de la cara, de la nariz, de los párpados, el tinte lívido de estas partes, un dolor vivo y la dificultad de la respiracion, las epistaxis, un derrame sero-sanguinolento por las fosas nasales y la boca, son los síntomas que acompañan esta afeccion. El alcanfor pulverizado, la benzina, la esencia de trementina, son los únicos agentes que se pueden oponer con algunas probabilidades de éxito al desarrollo de estas larvas dañosas.

En las comarcas tropicales de la América, en la Guayana, en el Brasil, los animales domésticos y los hombres que viven cerca de los animales ó en el campo, frecuentemente llevan tumores voluminosos, que les ocasionan á veces graves accidentes, que son debidos al desarrollo de larvas de los *estridos* depositadas por los insectos perfectos pertenecientes á las numerosas especies americanas del género *Cuterebra*. En Cayena se da tambien á estas larvas el nombre de *gusanos macacos*. Segun Arturo, médico del rey en esta localidad en 1753, los habitantes se curaban aplicando hojas de tabaco sobre el tumor que aquellas producian.

(1) Hope, *On Insects and their larvæ occasionally found in the human body* (*Transact. of the Entomological Society*. London, 1840).—Véase tambien Paul Gervais et van Beneden, obra citada, p. 397.

(2) Coquerel, dans les *Mémoires de la Société de biologie*, et Audouit, thése de Paris, Marzo 1864.

Entozoarios de los músculos voluntarios y del tubo intestinal.

Trichina spiralis, R. Owen (de θρὶξ, τριχὸς, cabello).—Gusano del órden de los nematóides, formando una familia, un género y una especie, del cual es tipo

Historia.—El descubrimiento de los triquinos pertenece sin duda á Hilton, médico del hospital de Guy, en Lóndres. Este médico encontró en 1832 las cápsulas que envuelven los triquinos de los músculos en cierta fase de su evolucion, en los músculos de un enfermo que habia sucumbido de una afeccion cancerosa; creyó que se trataba de pequeños cisticercos (1). Poco despues de esta época Paget reconoció que las cápsulas contenian un gusano nematóide. Owen fué el primero que despues de un estudio atento, dió el nombre de *trichina espiralis* al entozoario descubierto por Paget (2).

Los trabajos de Owen casi son exclusivamente descriptivos; cree que los triquinos no dan lugar á fenómeno alguno morboso, y que solo pueden determinar cierto estado de debilidad.

De 1855 á 1860 los experimentos de Leuckart (3), Zenker, Kuckenmeister (4) y Virchow arrojaron verdadera luz sobre la emigracion de los triquinos desde el intestino á los músculos, pero no habian previsto hasta entonces los accidentes formidables que pueden determinar en el hombre.

Descripcion.—«Un triquino, llegando á su completo desarrollo, tiene el aspecto de un pequeño gusano cilíndrico, y se parece á un gusano de tierra; su extremidad anterior mas afilada corresponde á la boca; de este orificio bucal parte un conducto central delgado, el esófago, que está envuelto por una capa de tejido celular. Este tejido celular llena una gran parte del cuerpo. El esófago se continúa con el tubo intestinal, que viene á abrirse al exterior por una parte ligeramente abultado. La mayor parte de la cara posterior está ocupada por los órganos genitales. (Virchow.)

»Cuando un animal, sea el que quiera, contiene triquinos alojados en sus músculos, se encuentran generalmente envueltos en una pequeña cápsula formada al interior de una membrana lisa y trasparente, y mas tarde, al exterior, de un pequeño depósito calcáreo, que les cubre mas ó menos completamente. Revelan entonces su presencia por numerosos y pequeños puntos blancos, con frecuen-

(1) Hilton, *London medical Gazette*, 1833, t. II, febr. 605.
(2) Paget, *London and Edinburgh philosophical Magazine*, 1835, t. VI, p. 142, 24 Febrero.
(3) Leuckart, *Wiegmann's Archiv*, 1857.—*Archiv für Wissenschaftliche Heilkunde*, 1865, p. 62.
(4) Kückenmeister, *Die in und an dem Koerper des lebenden Meschen vorkommenden Parasiten*, 1855, t. I, p. 268.—Virchow's, *Archiv*, t. XVIII, 1860, p. 330, 335.

cia bastante visibles á simple vista, y que se distinguen sobre todo muy bien con una lente de aumento de diez diámetros.

»Si el animal que contiene estos triquinos es comido por un carnívoro, los jugos gástricos ó intestinales disuelven esta cubierta, y los triquinos se quedan libres; del estado de larvas en que se encuentran, sufren rápidamente su desarrollo completo. Las hembras son fecundadas por los machos, y los embriones no tardan en nacer.

»Luego que la funcion generatriz está cumplida por los triquinos, mueren, y sus cadáveres son expulsados al exterior, al mismo tiempo que las materias fecales.

»De los jóvenes embriones, cuyo número es inmenso, muchos millares quedan varias veces algun tiempo en los intestinos; obedeciendo bien pronto su instinto, le perforan, penetran en la cavidad abdominal, y pasan desde allí á todos los músculos del cuerpo, pero atacando de preferencia las regiones superiores, no se detienen hasta encontrar una resistencia que no pueden vencer. Así se les observa mas especialmente á las inmediaciones de los huesos y de los tendones. Los que han llegado al término de su inmigracion se detienen, se alojan en una de las fibras del músculo, y se cubren, á su alrededor de una cápsula que les aisla un tiempo indefinido, muchos años; si mueren, á menos que el huésped que los aloja sea comido á su vez, permite entonces á los triquinos de la nueva generacion una evolucion semejante á la de los gusanos que han engendrado. (Scoutetten) (1).

»El asiento habitual de los triquinos enquistados es en los músculos de los miembros y del tronco, sobre todo hácia las inserciones tendinosas y aponeuróticas; se les encuentra hasta en los músculos del ojo y de los oidos; pero se acumulan en gran número en el diafragma, los músculos de la parte posterior del cuello, en el biceps, el deltóides, etc. Hasta el presente no se han podido hallar los triquinos enquistados en las fibras carnosas del corazon; pero se han encontrado en este órgano mientras estaban aun en estado embrionario.» (Scoutetten.)

El cerdo es uno de los animales que sirviendo para la alimentacion del hombre, padece triquinos muy fácilmente. El profesor Leidy fué el primero que en el año de 1847, en América, descubrió los triquinos en el cerdo. Los gatos y los conejos padecen triquinosis muy fácil y completamente. El ternero es susceptible de infeccion artificial; el carnero puede padecer triquinos, pero difícilmente. La liebre es fácilmente infectada. Las aves no *padecen jamás* triquinosis; lo mismo pasa á los animales de sangre fria (2).

(1) Scoutetten, *Études sur les trichines et sur les maladies qu'elles déterminent chez l'homme*. Paris, 1866.

(2) Véase acerca de esto la excelente obra de H. Alex. Pagenstecher y J. Fuchs: *Die Trichinen*. Leipzig, 1865.

Fenómenos morbosos que los triquinos determinan en el hombre (trichinosis).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

En Francia ha sido sucesivamente designado con los nombres de *triquiniasis*, *triquiniase* y *triquinosis*, el conjunto de fenómenos morbosos á que da lugar la presencia de este gusano en el organismo. La denominacion de *triquinosis* mas eufónica es generalmente adoptada. (Al. *Trichiniasis*, *Trichinenkrankheit;* ing. *Thenewdisease.)*

En los párrafos precedentes hemos demostrado que hasta fin de 1859 no se sospechaban aun los estragos que los *triquinos*, estudiados con tanto cuidado bajo el punto de vista de la historia natural, podian producir en el hombre. Zenker ha sido el primero que tuvo la honra de señalar (1860) los peligros de su inmigracion al sistema muscular.

»El 12 de Enero de 1859 fué admitida una jóven en el hospital de Dresde, cuyos principales síntomas parecian referirse á una fiebre tifoidea. Bien pronto se notó que presentaba, por lo demás, por parte del sistema muscular, accidentes singulares. Las extremidades eran el asiento de un dolor considerable; las piernas y los antebrazos estaban en contractura. Sobrevino un edema considerable de las piernas, despues síntomas de neumonía, y la enferma sucumbió el 27 de Febrero. Se encontró un número considerable de pequeños triquinos en la mayor parte de los músculos estriados de la economía, cuyas haces habian perdido en gran parte sus estrías, y se rompian con gran facilidad. El yeyuno contenia triquinos machos y hembras, que habian adquirido su desarrollo completo, y un cierto número de embriones. Este hecho bastaba por sí solo para demostrar que los triquinos no se conducen de otra manera en el hombre que en el cerdo, conejo, etc. A la luz se notó que los triquinos existian en gran número en un jamon, que procedia de un cerdo que habia sido muerto el 21 de Diciembre en la casa en donde la enferma estaba colocada como doméstica. Muchas personas que habian comido de este cerdo habian caido enfermas. Se habian atribuido los accidentes que experimentaron á un catarro gastro-intestinal, ó á una fiebre tifoidea. El carnicero habia sido atacado mas gravemente: entre los accidentes que habia presentado, y que habia atribuido á una gota anómala, se habian notado dolores y una rigidez particular de la nuca y de los miembros, que estaban como paralizados.

»Así, al mismo tiempo, Zenker hacia cesar la seguridad falsa en que hasta entonces se habia vivido, indicaba los principales caractéres nosológicos, daba á conocer el orígen mas habitual de la enfermedad y la demostraba ya manifestándose en forma de una pequeña epidemia (invasion colectiva).

»La observacion de Zenker (1) resonó mucho en Alemania. Fué reproducida inmediatamente por todos los diarios de medicina, y bien pronto afluyeron de todos lados, no sólamente observaciones aisladas, sino historias de verdaderas epidemias de triquinosis, algunas de las cuales pueden figurar entre las calamidades mas aflictivas de que las poblaciones pueden ser atacadas.» (Fritz) (2).

Los documentos publicados desde el descubrimiento de Zenker hasta fin del año de 1865, contienen dos mil casos, lo menos, de triquinos, que se han producido casi todos en Alemania, en menos de cinco años, y esta cifra es ciertamente inferior á la realidad. La emocion bien natural causada por este peligro nuevamente revelado, que amenaza al hombre, ha suscitado gran número de trabajos, cuya enumeracion podemos dar aquí (3).

Seria un error profundo, segun nuestra opinion, creer que se estaba en presencia de una enfermedad nueva, porque no se haya conocido la existencia de los triquinos sino despues de 1832, y de que se hayan notado, cinco años despues, solamente los accidentes que este neumatóide determina. La triquinosis debe remontarse al tiempo en que el hombre ha comido por la primera vez carne muscular imperfectamente cocida de un cerdo que la padecia. La especie triquinos es indudablemente contemporánea de la especie del mamífero en que sus embriones encuentran las condiciones mas favorables á su desarrollo y á su inmigracion. Diremos, hablando del diagnóstico, con cuántas enfermedades se ha confundido la triquinosis, aun despues que los medios de investigacion modernos han permitido ver los triquinos. Se comprende bien cuántos errores han debido cometerse á este respecto en las épocas anteriores. Despues de las intoxicaciones producidas por los venenos, que con los progresos de la química se pueden formar ó aislar de todo cuerpo, no creemos que haya aparecido una nueva enfermedad, mucho menos que hayan surgido espontáneamente nuevas especies animales.

§ II.—Síntomas y curso.

No podemos hacer cosa mejor que reasumir el cuadro de la en-

(1) Virchow's, *Archiv für pathologische Anatomie*, t. XVIII, 1860, p. 564.

(2) Fritz, *Les trichines* in *Gaz. hedom. de médecine et de chirurgie*, 20 Abril de 1866.

(3) El lector hallará en el artículo de Fritz *(Gaz. hebdom.)* una extensa bibliografía. Nosotros solamente citamos aquí: Lasègue, *De l'état actuel de la science sur les trichines de l'homme (Arch. gén.*, Diciembre, 1862.—Virchow, *Des trichines*, trad. d'Onimus. Paris, 1864.—Kestner, *Etude sur la* Trichina spiralis. Paris, 1864. Œthaus, *On poisoning by diseased Pork*, Londres, 1864.—Rodet, *De la trichine et de la trichinose.* Paris, 1866.—Scoutetten, *Études sur les trichines.*—Lebert, *Lettres sur les maladies provoquées par les trichines*, in *Gazette médicale de Paris*, Marzo y Mayo de 1866.

fermedad que ha trazado el sabio profesor H. Lebert, que estudió la triquinosis á la cabecera del enfermo. Por la observacion llegó á agrupar los síntomas en cuatro períodos. *Primer período:* los accidentes gastro-intestinales; *segundo período*: los accidentes miopáticos febriles; *tercer período:* la cesacion de los accidentes miopáticos y de la fiebre; *cuarto período:* la convalecencia. En los casos graves ó mortales, los dos últimos períodos están reemplazados por el *tercer período análogo* á los accidentes mortales de la pleuro-neumonía, ó por el colapso.

Primer período: accidentes gastro-intestinales.—«Cuando se ha ingerido una gran cantidad de carne con triquinos en una sola comida, no es raro observar ya hácia la tarde ó durante la noche siguiente, grandes incomodidades de estómago, que se terminan por vómitos abundantes, por una fuerte diarrea, en una palabra por una especie de colerina, que cuanto mas violenta sea, mas se desembarazan los enfermos de su gran peligro. En efecto, estos casos son con frecuencia abortivos. Despues del abatimiento, de la fatiga, los dolores musculares pasajeros que siguen á los grandes esfuerzos de los vómitos, nada sério sobreviene y los enfermos se curan con prontitud; ó habiendo salido solamente algunos triquinos en las deyecciones, sobre todo los que habian llegado á los intestinos, mas tarde sobrevienen algunos dolores vagos en los miembros, que cesan al cabo de ocho ó diez dias; producen un poco de malestar general y de desfallecimiento, que puede pronto volver á la salud. Sucede lo mismo si han sido ingeridos pocos triquinos, sea que la cantidad de carne ingerida haya sido poca, sea que solo contenga los triquinos en corto número.

»En todos los casos, al principio se presentan algunos accidentes gástricos, alguna vez casi latentes, pero las mas muy pronunciados; gran malestar en la region del estómago, eructos, náuseas y algunos vómitos; despues sobreviene mal gusto de boca, pérdida del apetito, malestar general, cefalalgia frontal, sensacion de laxitud y sueño agitado. Las náuseas persisten, los vómitos pueden hacerse mas frecuentes, acompañados de dolor y de una sensacion de constriccion epigástrica; puede presentarse la diarrea, y, como en la colerina, las evacuaciones abundantes pueden sucederse rápidamente y acompañarse de cólicos. Con mas frecuencia, la diarrea se establece lentamente despues de náuseas y vómitos poco intensos, la anorexia y la dispepsia predominan por parte del estómago.

»Los enfermos tienen dos, tres, hasta cuatro ó cinco deposiciones líquidas por dia, acompañadas de algunos dolores de vientre. Al cabo de tres ó cuatro dias, sobreviene un poco de fiebre, los enfermos, en su mayor parte, se ven obligados á guardar cama, en todos los casos están débiles, morosos, incapaces de ningun esfuerzo, y de ningun trabajo seguido. Y estos accidentes gastro-intestinales singulares tienen de ordinario algo de sorprendente y característico, y

es el presentarse á la vez en cierto número de individuos de una misma familia ó de una misma localidad.

»*Segundo período: accidentes miopáticos febriles.*—Los accidentes del primer período, despues de haber durado cinco ó seis dias, una semana ó un poco mas, persisten con mayor frecuencia bajo la forma de pérdida del apetito y ligera diarrea acompañada de cólicos, despues sobrevienen dolores vagos y poco intensos á la cabeza, á la nuca, en el pecho, en la region lumbar, en los miembros, y de dia en dia se hacen mas fuertes, tanto á la presion como por los movimientos. La presion y la palpacion dejan descubrir bien pronto un infarto particular de los miembros caracterizado por una hinchazon y dureza apreciables, pero no acompañadas de edema. La piel y el tejido celular subcutáneo del tronco y de los miembros no conservan la impresion del dedo. Desde el principio de este período, así como desde el fin de la primera semana, ó al empezar la segunda, los dolores de cabeza aumentan, los movimientos de esta se hacen mas difíciles á causa de cierta rigidez de los músculos de la nuca; pero todo movimiento de los ojos, de los músculos de la cara, se acompaña de malestar y aun de dolores. Al mismo tiempo sobreviene en la cara una hinchazon edematosa de las mas características; comienza ordinariamente por los párpados, que son el punto de partida y el centro, la abertura ocular se hace ordinariamente mas oblicua, el ángulo externo está mas alto que el interno. El edema se extiende á la frente, á los carrillos, rara vez á los labios. Despues de durar algunos dias, desaparece poco á poco para no volver á presentarse.

»Despues de haber sido invadidos los músculos del ojo por la inmigracion de triquinos, se presenta una fuerte hiperemia de la conjuntiva, que puede llegar hasta el edema de la conjuntiva ocular; al mismo tiempo el ojo se vuelve muy sensible á la luz, los enfermos buscan la oscuridad, las pupilas se dilatan y quedan en este estado por mucho tiempo, se contraen poco; los movimientos del ojo son dolorosos, este toma una especie de fijeza singular, la vista está un poco alterada y sobre todo su fuerza de acomodacion.

»Mientras que los dolores musculares se hacen mas y mas intensos, tambien la fiebre aumenta de dia en dia. Bien pronto llega á 100 y 108, y en los casos graves hasta 120 pulsaciones por minuto; el calor aumenta y se eleva á 39° C., mas tarde hasta 40 y aun 41° C., sobre todo en los últimos momentos de los casos graves. La respiracion se acelera, llega á 28, 32 y aun mas. La inmigracion de los triquinos, siempre muy intensa en los músculos de la laringe, tiene por efecto una sensacion de malestar, algunas veces de dolor, sobre todo en los movimientos de este órgano, la voz es débil, ligeramente tomada, rara vez ronca: hay necesidad frecuente de toser, acompañada de dolores torácicos. Estos sobrevienen espontáneamente, sea á lo largo de los músculos pectorales, ya en el dorso, ya sobre todo en los espacios intercostales. El diafragma es asiento de predileccion de

los triquinos, los movimientos respiratorios se hacen mas y mas difíciles, hay disnea habitual, los enfermos respiran mal y superficialmente, una sensacion de constriccion en la base del pecho aumenta los sufrimientos y los dolores del pecho. La tos, frecuente, dolorosa y muy incómoda y persistente va acompañada de alguna expectoracion mucosa, cuando no es completamente seca.

»La intensidad y sobre todo la multiplicidad de los dolores, condena pronto á los pobres enfermos á una inmovilidad casi completa y de apariencia paralitiforme; los miembros ofrecen una ligera semiflexion, y las manos tienen á veces cierta contraccion. La lengua, cargada desde un principio, se seca y se paraliza; sus movimientos, como tambien los de los músculos del paladar, son muy difíciles por el considerable número de triquinas que encierran. Los enfermos sacan la lengua con mucho trabajo, y lo que es peor, la deglucion es tambien molesta y difícil, complicada á veces por una incomodidad dolorosa y hasta una verdadera contraccion de los músculos de la mandíbula, con apariencia de compresion. El vientre tambien está estirado, dolorido á la presion, duro y algo meteorizado.

»Las orinas son raras, concentradas, reducidas á 2 ó 300 gramos en las veinticuatro horas, ácidas, muy ricas en sales, no albuminosas. Además de la inmovilidad, casi absoluta, los enfermos tienen una gran debilidad y una extraordinaria postracion de fuerzas: su disposicion es triste y despues apática. No duermen, ó su sueño es intranquilo é interrumpido frecuentemente, y abundantes sudores fatigan á los enfermos, sobre todo durante la noche. Algunas veces, ya de noche, ya por la tarde, se manifiesta en ellos algun delirio y alucinaciones. Un hecho digno de observacion en este período, es la tendencia á la hemorragia; las reglas se precipitan ó vuelven despues de haber cesado mucho antes, y con frecuencia se observan las hemotisis y hemorragias intestinales, consideradas como hemorroidales. A lo turbio de la vision suele agregarse tambien la dificultad ó dureza del oido, en uno ó en ambos lados.

»En los casos de intensidad mediana, despues de haber sufrido y enflaquecido mucho, los enfermos empiezan á mejorar á la tercera y cuarta semana.

Tercer período; cesacion de los accidentes miopáticos y de la fiebre.—Si en los casos ligeros se puede llegar pronto á esta fase feliz, lo mas frecuente en los casos de regular intensidad, es que hasta la quinta y sesta semana, incluyendo la primera en que se observan los síntomas iniciales, no se establezca lenta y gradualmente la mejoría disminuyendo los dolores, aun cuando los movimientos tarden mas en recobrar la fuerza y la facilidad. Algunas veces se indica tambien en estos enfermos el edema anémico, del que volveremos á ocuparnos con el empaste crematoso de los miembros, menos pronunciado que en los casos graves. El dolor á la presion va disminuyendo al envolverse en su cápsula los triquinos y detenerse en absoluto la in-

flamacion múltiple de las fibras musculares. La tos cesa, la respiracion vuelve á ser natural, la lengua se limpia, y el pulso se normaliza; las orinas vuelven á ser claras y abundantes, terminan los sudores, y el sueño vuelve tambien; las evacuaciones adquieren la consistencia normal y á veces dura algun tiempo el extreñimiento.

»*Cuarto periodo; convalecencia.*—La verdadera convalecencia se halla caracterizada por el apetito, que en ocasiones es voraz; la fiebre ha cesado; la delgadez deja lugar á una gordura creciente y rápida, que al tercero ó cuarto mes suele exceder de la que se tenia antes de la enfermedad; el pálido rostro recupera los colores de la salud y los movimientos mímicos y expresivos de la fuerza intelectual. Los músculos adquieren al mismo tiempo mayor firmeza; la piel, despues de una escamadura completa, vuelve á cubrirse de nueva epidermis, y poco á poco desaparece asímismo lo turbio de la vista, poniéndose normal la pupila. Algunos enfermos conservan algo agitada la respiracion durante cierto tiempo, sobre todo si se ha verificado una complicacion pleurítica; el edema de los piés ó de la rodilla, molesta todavía á varios enfermos en sus movimientos y va cesando lentamente; los cabellos se caen, pero se regeneran pronto; en las mujeres se normalizan las reglas á los tres ó cuatro meses de haber empezado la enfermedad; hay un regreso tan completo á la salud, tanta alegría en ocasiones, que apenas pareceria creible que el pérfido y pequeño parásito haya conducido á sus enfermos casi al borde de la tumba, y que en número muy considerable continúe viviendo enquistado. No hay que decir que cuando los accidentes han sido muy graves, cuando han ocurrido peligrosas complicaciones pleuro-pulmonales, cuando los enfermos son ancianos ó débiles por anteriores dolencias, el restablecimiento no es tan rápido ni completo, y durante mucho tiempo quedan débiles y muy impresionables, aun cuando para llegar á un estado de salud que no se hubiera esperado nunca (1).

Tercer periodo paralelo: accidentes mortales pleuro-pulmonales ó por decaimiento.—Durante la cuarta semana, casi nunca antes, la fiebre aumenta y el pulso llega á 132 y aun 140 por minuto; los sudores se hacen excesivos; durante la noche, sin sueño, se observan visiones y delirio; la respiracion se acelera y la temperatura habitual pasa de 40 grados centígrado; la inapetencia es completa, la sed viva, extraordinaria la postracion de las fuerzas y la agitacion y la angustia alternan en un estado de sopor; la lengua muy torpe en sus movimientos, se seca, se resquebraja, sigue hinchada y se cubre de una capa fuliginosa, al paso que en la piel suele manifestarse una erupcion miliaria abundante. La inmobilidad es tanta, que los enfermos dejan que se caiga cualquier cosa sobre ellos antes que ejecutar un movimiento momentáneo; en el sacro se fijan pústulas. La sensi-

(1) Compárese esta descripcion con la de la Acrodynia.

bilidad en los miembros es mas obtusa; torpeza; un edema general y considerable ocupa los miembros, pero casi siempre de una manera desigual sin que las orinas contengan albúmina. Poco á poco los enfermos pierden conocimiento y quedan en un estado de modorra; las evacuaciones son involuntarias; la lengua queda tan torpe, que apenas pueden articular los enfermos algunas palabras; el pulso se hace miserable y filiforme; la piel se enfria y los enfermos quedan en un decaimiento extremo.

»En muchos casos este aniquilamiento mortal es apresurado y aun ocasionado por los síntomas de una pleuresía y sobre todo de una neumonía, en mayor número de casos lobular y diseminada que pulmonal.

»En todos los períodos y especialmente en las primeras semanas, se puede comprobar la existencia de los triquinos en las evacuaciones, aun cuando no tanto como podria creerse, y la carencia de este signo carece de importancia para invalidar el diagnóstico. Señal mas segura es la presencia de los triquinos en los músculos, que puede comprobarse á fines de la segunda semana. En efecto, puédese extraer pequeños fragmentos de sustancia muscular, y comprobar en ella la presencia de los triquinos, libres ó enquistados.» (Lebert).

§ III.—Duracion, terminacion, pronóstico.

Hemos dicho que en algunos casos afortunados, todos los triquinos podian ser eliminados por las deyecciones que su presencia determinaba, y que dos ó tres dias despues de su entrada, la convalecencia se manifestaba. Por lo regular, la dolencia, aun muy atenuada, dura diez, quince, veinte dias y mas, aunque los síntomas gastro-intestinales y los dolores musculares sean poco intensos. Cuando la triquinosis es muy pronunciada, es preciso contar un espacio de siete semanas para el desarrollo de sus períodos; esta duracion es menor en los niños.

La curacion es el término mas frecuente, aun cuando siempre en proporciones muy variables, como lo demuestra el siguiente cuadro, cuyas cifras han sido averiguadas por Pagenstecher y por Lebert:

Epidemia	de Hettstaeds, en 1863....	159	atacados	y	28 muertos.
—	de Calbe en 1866........	38	—		8
—	de Hedersleben en 1865...	300	—		90 (1)
—	de Goerlitz, en 1865......	80	—		1
—	de Quedlinburg, en 1864..	90	—		2
—	de Plauen, en 1862.......	13	—		1
—	de Shoefelds, en 1865.....	23	—		2
—	de Ruegen, en 1863.......	20	—		2
—	de Leipzig, en 1863......	14	—		2
—	de Hettstaeds, en 1861....	26	—		0

(1) 27 muertos en una sola casa.

Las principales circunstancias que pueden influir en el grado de mortalidad, son: la cantidad de los triquinos ingeridos, la susceptibilidad individual, el estado anterior de salud, la edad, el sexo. La neumonía es la complicacion mas fatal.

§ IV.—Etiología.

Todas las infecciones conocidas hasta ahora en el hombre, se han verificado por la carne de cerdo, cruda ó poco cocida, que es el orígen principal, si no único de la triquinosis. Se cree generalmente que está atacado el cerdo, con especialidad por la ingestion de ratones que tambien lo están; pero existe una gran oscuridad sobre este punto, y no está averiguado si el raton es el primer eslabon de la cadena. La infeccion ocurre principalmente, cuando la carne encierra triquinos enquistados ó á punto de serlo. Para explicar la frecuencia de las epidemias que han desolado y conmovido á la Alemania desde hace algunos años, no creemos como Lebert, que sea necesario recurrir á la hipótesis de una pululacion excepcional de los triquinos, semejante á la de la langosta, que desciende á veces como una plaga devastadora sobre una comarca. Nos parece preferible creer que la triquinosis ha debido existir siempre, que se ha recrudecido mas ó menos segun el régimen adoptado por las poblaciones, y segun tambien la alimentacion y cria del ganado de cerda. El que haya sido desconocida y confundida con otra porcion de enfermedades esporádicas ó epidémicas, no es suficiente motivo para creer que sea de un orígen reciente (1).

Si Alemania tiene el triste privilegio de ser tan castigada por el terrible parasitismo, débese á que en muchas partes se come mucha carne de cerdo y sobre todo salchicha cruda ó casi cruda: los Abisinios, que padecen tanto la tenia, es tambien por comer la carne cruda.

Digamos, no obstante, con Lebert: «El optimismo que juzga á la Francia ú otro pais cualquiera, libre de la triquinosis, á pesar de los actuales medios de comunicacion y de la reconocida propagacion de los triquinos, nos parece una verdadera ilusion que el tiempo no confirmará probablemente.» Esto precisamente es lo que nos ha movido á extendernos tanto sobre el particular en una obra de esta índole.

§ V.—Diagnóstico.

Del artículo de Fritz, notable por su erudicion y lucidez, toma-

(1) Pagenstecher cita como la observacion mas antigua de triquinosis, la de Michael Ther de 1675, publicada en la 1.ª década, año VI, 1677, de las *Actas de los curiosos de la naturaleza.*

mos todo lo relativo al diagnóstico (1): «Se comprende fácilmente que en una época en que era poco conocida la sintomatologia de la triquinosis, se cometieran numerosos errores de diagnóstico. Se tomó esta enfermedad, bien por una fiebre gástrica ó tifoidea, bien por una colerina, la grippe, ó la fiebre reumática. Algunas epidemias, como la de Magdebourg, han sido descritas bajo el nombre de *edema agudo epidémico del tejido celular subcutáneo (scleroma adultorum)*. Tambien se la ha tomado por tétanos y envenenamiento. La mayor parte de estos errores de diagnóstico, son ya imposibles hoy. El conjunto sintomatológico es bastante característico, para que ofrezca sérias dificultades, cuando la enfermedad ha llegado á su segundo período, y los médicos alemanes que la han tratado la reconocen fácilmente. Forzoso es convenir, sin embargo, en que los accidentes del primer período, nada absolutamente tienen de patognomónico. Algunas veces se ha podido observar la presencia de los triquinos en las deposiciones; pero, por desgracia, las investigaciones hechas en este sentido no han dado resultado alguno. Parece, pues, que en estas condiciones se debe vacilar mucho. La indicacion capital, debe encontrarse en la manera con que se ofrecen los accidentes, atacando casi simultáneamente grupos definidos de personas; los miembros de una misma familia, las personas que han comido juntos poco antes de la aparicion de los accidentes; los compradores de una misma tocinería, cuyo dueño mismo se suele ver tambien atacado al propio tiempo. Estas investigaciones han conseguido en la mayor parte de las epidemias, hacer posible el diagnóstico, confirmado despues por el exámen microscópico de las carnes. En los casos en que no pueda hacerse este exámen, se sabrá por lo menos que las personas enfermas han comido carne de cerdo, cruda ó poco cocida, bajo una ú otra forma. La idea de un envenenamiento acudiria á la imaginacion, en razon misma del agrupamiento de los hechos; pero pronto se eliminaria la mayor parte de las intoxicaciones, primero á causa de la ausencia de sus propios caractéres y despues por el intervalo libre de veinticuatro, treinta y seis, cuarenta y ocho horas, que precede frecuentemente á la invasion de los accidentes gastro-intestinales de la triquinosis.

Hay, no obstante, un género de envenenamiento que debe mencionarse aquí: nos referimos á los accidentes debidos á un principio tóxico que los autores alemanes han designado con el nombre de *Schinkengft* y de *Wurstgift* (veneno de los jamones y de las salchichas), pero que no creemos merezca detenernos. Estos accidentes no han sido observados en Francia, y aun entre los ocurridos en Alemania, hay muchos que deben clasificarse en la triquinosis.

Se ha creido que á partir del segundo período, se veian los triquinos enquistados bajo la mucosa de la cara inferior de la lengua;

(1) Fritz, *Gas. hebd. de méd. et de chir.*, 4 Mayo 1866. p. 277.

pero los hechos han demostrado lo infundado de esta presun
Queda, para asegurar el diagnóstico, el recurso de cortar ó ext
con auxilio del instrumento de Middelporf, un fragmento de mus
(del biceps, por ejemplo) y examinarlo con el microscopio; pero r
mendamos que no se adopte este recurso mas que en los caso
que parezca completamente indispensable para asegurar el diag
tico. Estas operaciones no carecen de peligro y han motivado
chas veces crisipelas gravísimas.» (1).

§ VI.—Tratamiento.

Las indicaciones que deben llenarse son próximamente las
mas que para los envenenamientos: 1.ª expulsar los triquinos i
ridos; 2.ª, destruirlos cuando han penetrado en los músculos; 3.ª
mediar con una medicacion apropiada, los principales accidentes
su presencia en la economía determina ó ha determinado.

Indudablemente un vomitivo administrado poco despues de
berse comido la carne sospechosa seria muy útil; pero las circ
tancias en que el vomitivo esté realmente indicado son ex
cionales; seis ú ocho horas despues de la comida seria opor
administrar uno ó mas purgantes; pero los triquinos se adhiere
tal modo á la mucosa intestinal que no hay medio de contar con
recurso. Segun Rupprecht, el calomel aliviaria mucho á los pa
tes y provocaria la expulsion de un gran número de triquinos y
de embriones, aplicándolo varios dias despues de la introduccio
los triquinos en el intestino. Tambien conviene la medicacion
cuante durante todo el segundo período (accidentes gastro-in
nales). Sobre todo deben evitarse las preparaciones de opio, que
dado resultados desastrosos en ciertas epidemias ocurridas en Al
nia. Ninguna de las sustancias destinadas á destruir los triquin
el intestino ha llenado este objeto, y varias de las que se han e
yado pueden ser perjudiciales. Los experimentos hechos por M
prueban que ninguna de las sustancias destinadas á destruir lo
quinos puede darse en dósis bastante fuerte ó en tal estado de
centracion que las alcance cuando han atacado al sistema musc
Es forzoso reconocerlo: no poseemos actualmente medio alguno
tante eficaz para hacer que perezcan los triquinos musculares.

En cuanto al tratamiento puramente sintomático de los acci
tes, no hay utilidad alguna por el momento en detenernos á ex
narlo.

Profilaxia.—«Hácia una profilaxia eficaz deben tender expe
mente los esfuerzos de los encargados de la salud pública ó priva
(Fritz.)

(2) Voigtel, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1865, n.º 46.

Las medidas de higiene pública ó privada capaces de prevenir la ;riquinosis del hombre, se reducen á dos clases de precauciones:

1.° Impedir que los cerdos, atacados por la enfermedad, sean en- ;regados al consumo (1).

2.° No usar la carne de cerdo hasta que haya sufrido las prepa- ·aciones susceptibles de matar seguramente los triquinos. La coccion ;s seguramente el medio mas seguro de prevenir la infeccion; pero ;s preciso verificarlo de tal manera, que ninguna parte de la carne ¡uede en una temperatura inferior á 80 grados, resultado mas difícil le obtener de lo que pudiera creerse. La coccion exagerada, la accion lel calor llevada hasta donde es compatible, con las exigencias gas- ronómicas, parece ser lo único capaz de garantizar el consumo de a carne de cerdo fresca y sus derivados. Una prolongada fumiga- :ion es de gran valor, expecialmente cuando es seguida de la coc- :ion (Fritz).

Entozoarios del intestino delgado.

Ascaris lumbricóides (nematoïdes), Valleix, tomo IV.

Anchylostoma duodenale (nematoïdes). Este gusano se adhiere uertemente á la mucosa del duodeno y del yeyuno, fijándose con auxi- io de sus ganchos. Se nota en el punto de su adherencia una equí- nosis del tamaño de una lenteja, en cuyo centro aparece una man- ha blanca. Asegúrase que estos entozoarios ocasionan á veces he- norragias intestinales (2).

Trichina spiralis (nematoïdes), véase el párrafo precedente.

Bothriocephalus latus (cestoïdes), Valleix, tomo IV.

Tænia mediocanellata (cestoïdes), Valleix, tomo IV.

Tænia solium (cestoïdes), Valleix, tomo IV.

Entozoarios del ciego.

Trichocephalus dispar (nematoïdes), Valleix, tomo IV.

Entozoarios del recto.

Oxyurus vermicularis (nematoïdes), Valleix, tomo IV.

Entozoarios del hígado.

Echinococcus hominis (especie del *Tænia echinococus*), Valleix, ɔmo IV.

(1) Vea el lector las diferentes publicaciones que hemos citado sobre los triqui- os y la triquinosis y la Memoria de Delpech. (*Boletin de la Academia de medicina*, 866, t. XXXI, y *Anales de higiene pública de medicina legal*, 1866.)

(2) Moquin-Tandon, *loc. cit.*

Echinococcus altricipariens (en Islandia), Valleix, tomo IV.

Entozoarios de la vejiga biliar.

Distoma hepaticum (trematoïdes), Valleix, tomo IV.
Distoma lanceolatum (trematoïdes), Valleix, tomo IV.

Entozoarios del riñon.

Strongylus gigas (nematoïdes), Valleix, tomo IV.

Hemos omitido de propósito en esta enumeracion las especies dudosas y otras raras que, hasta ahora, solo interesan al naturalista. (Le Roy de Mericourt.)

DE LAS PAPERAS.

En varias obras se lee la voz *papera*, empleada para designar *cualquier clase de tumor fijo en el cartílago*. Esta expresion genérica comprendida así, tiene la ventaja de no prejuzgar nada sobre la naturaleza de la tumefaccion; pero en cambio ofrece el inconveniente de no separar con bastante claridad modificaciones anatómicas diferentes de un mismo órgano. Algunos autores reservan particularmente el nombre de papera al tumor formado por la hipertrofia del cuerpo cartilaginoso, y designan los demás tumores de dicho órgano por medio de nombres tomados de la misma naturaleza. Esta importante distincion no es, sin embargo, absolutamente exacta, porque es raro que el cartílago, atacado de hipertrofia simple, subsista largo tiempo sin experimentar modificacion de extructura. Sea como quiera, describiremos solamente en este capítulo la *tumefaccion cartilaginosa en la que parece dominar la hipertrofia*, y referiremos al lector á los Tratados de patología externa (1) y á las principales compilaciones de observaciones; en lo que se relaciona á las demás clases de paperas.

Estudiaremos sucesivamente: 1.° La papera pasajera. 2.° La papera endémica. 3.° La papera esoftálmica.

1.° PAPERA PASAJERA.

La *tumefaccion hipertrófica del cartílago*, que por lo regular se considera como un estado patológico permanente, cuando solo se ob-

(2) Véase principalmente Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, 5.ª édit. Paris. 1861, t. III, p. 782 et suiv.

servan algunas formas sobre las que insistiremos en breve (1), ofrece en el dominio de la patología, el ejemplo de una *hipertrofia pasajera*, desarrollándose bajo una influencia que desconocemos, pero que no por eso existe menos. Se conocen numerosos ejemplos de personas que habiendo salido de una comarca donde no es conocida la papera, para habitar en otra donde esta afeccion es endémica, han sido atacadas de repente de hipertrofia de la glándula, tiróide: el simple regreso al país natal basta ordinariamente para hacer que desaparezca la enfermedad» (2).

Mas tarde tendremos ocasion de examinar las circunstancias etiológicas (3) que han podido determinar, en esos casos, el desarrollo hipertrófico del cuerpo tiróide. Concretémonos ahora á consignar el hecho, y sobre todo su duracion pasajera; pero no olvidemos citar en contraposicion el hecho observado con frecuencia y estudiado últimamente en un trabajo reciente de Natalis Guillot (4), á saber, la *hipertrofia del cuerpo tiróide en las mujeres embarazadas*. Esta modificacion, relacionada con un estado fisiológico pasajero (la gestacion), es mas ó menos señalada, segun los casos; es fisiológica, y aumenta el número de las hipertrofias pasajeras, normales, que se desarrollan con la preñez, se acentúan con sus progresos, y disminuyen gradualmente despues del alumbramiento. Desde hace mucho tiempo es ya conocida la hipertrofia del útero y de las mamas; las investigaciones modernas, y particularmente las de Ch. Robin (5), de Ch. Rouget (6) y de algunos otros autores, nos habian dado las mas curiosas noticias sobre las modificaciones anatómicas que ofrece el aparato genital. El descubrimiento de la hipertrofia normal del corazon en las mujeres preñadas, hecha en 1828 por J. F. Larcher (7) y con-

(1) Véase PAPERA ENDÉMICA.

(2) A. Morel, *Du goître et du crétinisme* (*Arch. gén. de méd.*, 1863, tomo II, página 134.)

(3) La designacion de *tiroiditis* se ha empleado algunas veces como sinónima de *hipertrofia aguda del cuerpo tiróide;* pero es un término destinado únicamente á recordar la naturaleza aguda de la papera y la prontitud con que desaparece, sea por el cambio de país, sea por el empleo de agentes terapéuticos especiales.

(4) Natalis Guillot, *De l'hipertrophie de la glande thyroïde des femmes enceintes* (*Arch. gén. de méd.*, 1860, t. II, p. 513.

(5) Ch. Robin, *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et pathologique de la membrane muqueuse utérine, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, t. XVII, p. 257, 305, y t. XVIII, p. 186, Paris, 1848).

(6) Ch. Rouget, *Recherches sur les organes erectiles de la femme, sur l'ovulation et la menstruation* (*Journal de Brown-Séquart, sur la physiologie de l'homme et des animaux*, 1858.

(7) J. F. Larcher, Nota inserta por Ménière en su Memoria intulada: *Observations et réflexions sur l'hémorragie cérébrale, considerée pendant la grossese, pendant et apres l'accouchement* (*Arch. gén. de méd.*, 1.ª série, t. XVI, p. 521.—*De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse et de son importance pathogénique* (*Arch. gén. de méd.*, 1859, t. I, p. 291), Memoria premiada por la Academia de Ciencias en Diciembre de 1862.

firmada por las investigaciones ulteriores de Ducrest (1), de Hipp. Blot (2), de Zambaco y de J. Béraud (3), habian llegado á demostrar el valor fisiológico de la hipertrofia pasajera; las investigaciones complementarias de J. Beraud habian dejado ver una modificacion análoga ofrecida por los gánglios linfáticos (4); Devalz, por su parte, habia observado tambien el espesamiento de las paredes de los vasos de sangre roja (5); H. Blot y S. Tarnier habian comprobado la hipertrofia del hígado (6); cuando las paperas de las mujeres preñadas recibió de Natalio Guillot (7) una interpretacion fisiológica, que unida á los hechos que hemos referido acababa de demostrar en un órgano, á cuyo desarrollo asistimos en cierto modo, sobre el hombre vivo, la tendencia general del organismo hácia la hipertrofia como medio indispensable, inherente á las funciones de reproduccion.

Así como la hipertrofia del corazon, ligada á la gestacion, no es acompañada de ningun desarreglo morboso, cuando no existen complicaciones, tampoco la papera de la mujer preñada es generalmente peligrosa (Natalis Guillot, Grisolle). Sin embargo, en algunas mujeres, cuyos embarazos se suceden con frecuencia, la hipertrofia del corazon persistente, aun cuando no haya gestacion, puede terminar en un estado patológico, sobre todo en las reumáticas (J. F. Larcher); de igual modo tambien la hipertrofia del cuerpo tiróide puede en algunas circunstancias, muy raras por fortuna (8), acabar por crear un verdadero peligro para la vida. (Natalis Guillot, Paul Dubois.)

En los hechos de este último órden, cuyo estudio pertenece mas particularmente á la patología, las mujeres no escrufulosas, durante ni despues de la gestacion, habian sido sometidas á ninguna de las condiciones que mas adelante examinaremos, y que habitualmente se consideran como necesarias para la produccion de la papera hipertrófica.

En una de las observaciones hechas por Natalio Guillot el exámen anatómico ha permitido comprobar que, salvo el volúmen producido por la acumulacion excesiva de los elementos anatómicos, todo era semejante á lo que se observa en un cuerpo tiróide ordinario. «La única diferencia era caracterizada por la carencia de epitelio en las

(1) Ducrest, citado por Bau en su *Mémoire sur les bruits des artères (Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, t. X, p. 28).

(2) Hipp. Blot, citado por S. Tarnier, *Annotations* au *Traité* de Cazeux *sur l'art des accouchements* Paris, 1866, p. 133.

(3) Zambaco y J. Béraud, citados por Andral en su *Rapport sur le concours des prix de médecine (Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 29 de Diciembre, 1862).

(4) J. Béraud, *loc. cit.*

(5) Devaltz, tésis inaugural, Paris, 1858, y A. Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, p. 604.

(6) S. Tarnier, *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 2.ª série, t. III, año 1856, p. 213.

(7) Natalis Guillot, *loc. cit.*

(8) Los dos enfermos de Natalis Guillot habian sucumbido á consecuencia del desarrollo de los órganos hipertróficos.

cavidades mas modificadas en la apariencia. Puédese, por lo tanto, considerar autorizadamente esta lesion del cuerpo tiróide como una hipertrofia de los elementos fibrosos y granulosos que constituyen este órgano (1).»

2.°—PAPERA ENDÉMICA.

§ I.—Historia y etiología.

La papera, que se observa endémicamente en varios paises mas ó menos alejados del centro de Francia, y hasta en la misma Normandía, en la península de Tourville (2) ha fijado desde hace largo tiempo la atencion de los observadores, y hace muy poco la solicitud de los gobiernos (3). Efectivamente, en las poblaciones en que reina la papera endémica se halla unida frecuentemente al cretinismo (4), y hasta parece ser el primer síntoma de una afeccion degeneratriz, cuyo término es el cretinismo. Esta manera de ver, referente á las relaciones patogénicas que parecen existir entre la papera y el cretinismo, es la de Foderé (5), de Bouquet (6), de Guyon, de monseñor Billiet (7), de Niepce (8), de Fabre (9), de algunos otros autores, y particularmente de Morel, que en estos últimos años (10) ha sostenido esta opinion contra otra que considera como independientes ambas alteraciones (11), y aun como esencialmente distintas é independientes (12).

Pero si las relaciones patogénicas de la papera con el cretinismo son todavía puestas en duda por algunos observadores, á pesar de los numerosos hechos que militan en favor de la opinion inversa, queda por resolver una cuestion de etiología de la mayor importancia. En efecto; «si el cretinismo es la evolucion á través de las generaciones

(1) Natalis Guillot, *loc. cit.*, p. 518.

(2) Vingtrinier, *Du goitre endémique dans la Seine-Inférieure et de l'étiologie de cette maladie*. Rouen, 1856.

(3) *Rapport de la commission sarde sur la goitre et le cretinisme*, publicado en 1848.—Skoda, *Rapport sur les renseignement qui ont été fournis sur le cretinisme dans la monarchie austrichienne*. Viena, 1861.—En 1862 se instituyó, por iniciativa del gobierno francés, una nueva comision para el estudio de la papera y el cretinismo.

(4) Véase tomo I, art. CRETINISMO.

(5) Foderé, *Traité du goitre et du crétinisme*, p. 136.

(6) Bouquet, *Gazette médicale de Paris*, p. 805, Diciembre de 1841.

(7) Mgr. Billiet, *Observations sur le goitre et le cretinisme*. Chambery, 1847.

(8) Nièpce, *Traité du goitre et du cretinisme*. Paris, 1851, t. I, p. 62.

(9) Fabre (de Meironnes), *Traité du goitre et du cretinisme, et des rapports qui existent entre ces deux affections*. Paris, 1857.

(10) Morel, *Note communiquée à l'Académie des sciences de Paris*, en 1860; y *loc. cit.*, 1863, t. II, p. 143; 1864, t. I, p. 460.

(11) *Rapport de la commission sarde*, p. 45.—Ferrus, *Mémoire sur la goitre et le crétinisme*.

(12) E. Kœberlé, *Essai sur le crétinisme*.

de un elemento morboso, cuyos ascendientes (atacados de papera) llevaban en sí mismos el gérmen, y que habia alterado la constitucion,» se concibe cuánto interés encierra la investigacion de las circunstancias etiológicas de una enfermedad, cuya primera manifestacion apreciable es la papera, y cuyo último término es el cretinismo.» (Morel.)

Condiciones geográficas.—La papera endémica se observa en los mas diferentes paises, considerando su posicion geográfica, su clima, sus costumbres y la alimentacion de sus habitantes: en un gran número de las provincias de Alemania, en Inglaterra (de Nottingham á la Tines), en la América del Norte (orillas de Emonstone), en la América del Sur (llanura de Nueva-Granada), en la India (Himalaya), en la Tartaria china, en el Thibet, en Ceylan y en Africa, en varias localidades importantes, pero sobre todo en los Alpes, en los valles del Ródano y del Garona se encuentran las paperas, así como en las llanuras de los departamentos del Norte, del Oise, del Aisne y en la península de Tourville (Sena Inferior) (1).

El desarrollo de la papera endémica (2), en los valles estrechos como en las llanuras mas dilatadas, mas aireadas y mejor expuestas al sol, es una circunstancia digna de fijar la atencion.

Desde el siglo XVI se habia empezado á investigar la naturaleza de las causas de la papera y del cretinismo (3). La influencia ejercida por *la mala calidad de las aguas potables* habia arrastrado á la opinion pública; en Suiza, en Alemania, en Saboya, se indican todavía fuentes de paperas *(Kropfquellen)*, y fuentes que curan esta afeccion *(Heilquellen)*. En Tarentaise y Maurienne las primeras de estas fuentes ó manantiales han recibido el nombre de *tobosas*, y Grange conoce algunos jóvenes que prefiriendo al uniforme militar una deformidad física, han acudido á dichas fuentes para adquirir en algunos meses una papera voluminosa que les exima del servicio (4).

Las *aguas potables* han debido estudiarse, pues, con especial cui-

(1) Vingtrinier, *Du goitre endémique dans le département de la Seine-Inférieure et de l'étiologie de cette maladie*. Ruan, 1856.—Véase tambien sobre esta enfermedad en América: Humbold y Roulin, *Journal de physiologie*, de Magendia, t. IV y V.

(2) Respecto al desarrollo de la papera, se puede dividir los departamentos en cuatro categorías: «La primera se compone de los departamentos donde existe la papera en estado endémico, y comprende treinta y cuatro; la segunda de los departamentos donde se ha considerado como esporadico (el número de los casos reconocidos no autoriza para mas); la tercera de los departamentos donde solo se han observado casos aislados y poco numerosos; la cuarta de los departamentos cuyas contestaciones han sido negativas en absoluto.» A. Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène publique*, 2.ª edicion, t. II, p. 363.

(3) Pierre Forest (1522), Félix Platter (1536), Josias Simmler (1574), Sebastian Munster (1614), citados por Meyer Ahrens, in *Journal de Roësch (Beobachtungen über Cretinismus: Remarques sur le Cretinisme.)*

(4) Grange, citado por A. Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*, 2.ª edicion, t. II, p. 358. Paris, 1862.

dado. Josías Simmler (1) hizo resaltar la mala influencia ejercida por las *aguas selenitosas*; mas tarde llegó á deducir que la influencia deletérea proviene del terreno y que penetra en la economía por el agua y los alimentos que contienen *sales de magnesia* (2). Sin embargo de esto, *Bouchardat* (3) atribuye al *sulfato de cal* esta accion funesta que le niega á la magnesia, á causa de la inocuidad habitual de las preparaciones medicinales que encierran, aun cuando se haga un uso prolongado de ellas; á causa, en fin, de la inocuidad de las aguas del canal del Ourcq y de sus afluentes, muy cargados de sales magnésicas, inocuidad de que participan tambien los vinos muy ricos en magnesia (un decígramo y mas por litro). Finalmente, Chatin (4) se ha esforzado despues en hacer que prevalezca otra opinion, la de la influencia ejercida por *la falta del iodo en los terrenos y aguas* de las localidades en que se observan la papera y el cretinismo.

La *influencia del calor y de la humedad* fué tambien indicada por Haller (5), por Saussure (6), por Foderé (7), por Gerard Marchant (8). El aire viciado de los profundos valles, el calor excesivo, la humedad, fueron considerados como causas mas activas que las aguas selenitosas; y pasada cierta elevacion sobre el nivel del mar (9) no se debia encontrar ya la papera. Se la encuentra, sin embargo, en los mas diversos paises, desde aquellos donde la temperatura solo varía 4 ó 5 grados al año, hasta otro en que varía mas de 60 grados; en todas partes, menos á orillas del mar (Grangre). En Valais se cree, como en los tiempos de Haller, en la accion morbosa del aire húmedo y excesivamente cálido de los valles; considerándose «como indispensable hacer respirar á los niños el aire de las elevadas montañas durante el verano, pues les juzgan expuestos al cretinismo dejándo-

(1) J. Simmler, *Valesiæ descriptio*.

(2) Grange, *Cuatro informes sobre las causas de la papera y del cretinismo (Archivos de las misiones científicas*, Diciembre 1850).—*Investigaciones sobre las causas de la papera y del cretinismo (Annales de química y de física*, t. XXVI, pag. 129).—*Análisis de las aguas del valle de Isere, sobre los terrenos talcosos, autracíferos y cretáceos (Annales de química y de física*, 3.ª série, t. XXIV, pag. 364.—E. de Beaumont, *Informe sobre las investigaciones del señor doctor Grange, relativas á las causas del cretinismo y de la papera y el medio de preservar de ellas á las poblaciones. (Actas de las sesiones de la Academia de Ciencias de Paris*, t. XXXII, Abri de 1851).

(3) Bouchardat. *De la influencia de la calidad de las aguas en la produccion de la papera y del cretinismo* (*Anuarios de las aguas de Francia*. Paris, 1851, en 4.º).

(4) Chatin, *Investigaciones sobre el iodo en el aire, las aguas, el terreno y los productos alimenticios de los Alpes de Francia y del Piamonte (Boletin de la Academia de Medicina*, 1852, t. XVII, p. 341; t. XVIII, p. 609).

(5) Haller, *Elementa phisiologiæ*, 1773, t. IV.

(6) H. B. Sausure, *Viajes en los Alpes*, Ginebra, 1779-86.

(7) Foderé, *Tratado de la papera y del cretinismo*, p. 42.

(8) Gerard Marchant, *Observaciones hechas en los Pirineos para que sirvan á la historia del cretinismo*. Paris, 1842.

(9) 500 ó 600 toesas de elevacion.

les en la atmósfera húmeda é insaluble de los valles. Las personas acomodadas observan esta costumbre desde hace mucho tiempo, pero los pobres se ven obligados á no moverse del lugar que habitan.» (Morel).

La teoría de las *tierras de paperas*, forma en la teoría general de la constitucion geológica del terreno, y parece haber recibido una importante confirmacion en las beneficiosas modificaciones ocurridas en Martigny, despues de una vasta inundacion. El suelo del valle, húmedo y pantanoso, en que abundaban la papera y el cretinismo, fué recubierto por un metro de buena tierra vegetal que las aguas habian arrastrado de las montañas vecinas. Vingtrinier, ve en la afortunada modificacion que siguió, el resultado de costumbres mas activas, desarrolladas en los habitantes por el cultivo de aquellas tierras nuevas, elevadas, secas, ventiladas é incorruptas; al paso que Grange, no perdiendo de vista la constitucion geológica del terreno, piensa que el mejoramiento de Martigny es debido al trasporte de las tierras nuevas, que no eran *tierras de paperas*.

Tambien se ha hecho intervenir la *influencia de la electricidad contenida en la atmósfera* (Ihpofen) (1), Niépce (2); pero, entre las circunstancias etiológicas sacadas de las modificaciones apreciables de este medio, *la falta del iodo* ha fijado especialmente la atencion (3): sabida es, por otra parte, la singular propiedad del iodo como medicamento específico en el tratamiento de la papera y las investigaciones de Chatin, que han comprobado la ausencia de este metalóide, no solamente *en el aire atmosférico*, sino tambien y principalmente *en las aguas potables*, cuyas cualidades son mas atendidas hoy.

La influencia ejercida por el terreno y por las aguas potables parece ser, en efecto, la mas acreditada; y segun la observacion de Parchappe (4), es tanto mas importante, cuanto se halla mas estrechamente unida á la configuracion geográfica. Mac-Celland (5), en la India, y monseñor Billiet (6) en Saboya, han insistido acerca de esta influencia, como causa inmediata de la papera y del cretinismo, sin dar no obstante, indicacion precisa sobre la sustancia que altera la naturaleza del terreno y procura sus perjudiciales cualidades. «Este *principio patogénico*, cuya naturaleza ignoramos, es disuelto

(1) Iphofen, *Investigaciones filosóficas y médicas sobre el cretinismo*. Dresde, 1817.

(2) Niépce, *loc. cit.* t. II, cap. IX.

(3) Chatin, *loc. cit.*

(4) Parchappe, *Informe á la comision de la papera y el cretinismo*.

(5) Las opiniones de Mac-Celland están expuestas en un trabajo publicado por Marchessaux. (*Arch. gen. de Medicina*, Diciembre de 1830).

(6) Monseñor Billiet y Morel, *Cartas sobre la influencia de la constitucion geológica del terreno, sobre el desarrollo de la papera y del cretinismo*. (*Anales médico-psicológicos*, año de 1855).

y trasportado mecánicamente por las aguas que atraviesan ciertos terrenos, y segun la opinion mas generalizada, *por la bebida* es como ejerce su perniciosa influencia sobre el cuerpo humano (1). Segun Grange (2), esta influencia debe referirse á las *sales de magnesia* ó á *la ausencia de una cantidad de cal bastante para las necesidades de la economía*; segun otros autores, es debida á *la presencia del sulfato de cal* (Bouchardat) ó mas bien á *la falta de oxigenacion del agua.* «Otra opinion, referente á las aguas, se funda en la inocuidad de *ciertas sustancias vejetales y animales putrefactas* (Ferrus), que, *tomadas en disolucion por las aguas, pueden alterar su pureza y convertirse en causa eficiente de la papera* (3).» En fin, segun Morel (4), «*la papera es debida á una accion especial que sin principio intoxicante ejerce sobre el sistema cerebro-espinal, sea por el aire que se respira, sea por las sustancias que se ingieren en la economía y que parece relacionarse con el* CALCÁREO MAGNÉSICO, sin que pueda afirmarse en absoluto que la papera no se encuentre *en otras constituciones geológicas.*»

Añadamos, para completar lo que se refiere á la etiología, que las mujeres están mas expuestas que los hombres á padecer paperas, y que los estragos causados por la endemia se observan especialmente en las clases pobres.

§ II.—Descripcion, sintomatologia, diagnóstico.

El estudio de las cuestiones relativas á la etiología de la papera endémica debió trazarse necesariamente con alguna extension: el de los síntomas y el diagnóstico exigirá menor desarrollo (5).

La papera endémica aparece por lo comun de una manera lenta é insidiosa: no es, pues, ocioso indicar los diferentes modos con que se manifiesta el mal.

«Cuando es de orígen reciente, todas las partes vasculares de las regiones anterior y laterales del cuello participan del desarrollo de la glándula tiróide (Morel). El tegido celular participa de este orgasmo; el cuello parece grueso, ancho, sin presentar tumor alguno bien decidido; esta tumefaccion general del cuello es blanda al tac-

(1) Monseñor Billiet, *Memoria presentada y leida á la Sociedad de Ciencias de Chambery.*

(2) Grange, *Memoria dirigida á la Academia de Ciencias de Paris*, 9 de Octubre de 1848.

(3) Moretin, *De la etiología de la papera endémica, y de sus indicaciones profilácticas y curativas*, tésis inaugural, 24 de Junio de 1854.

(4) Morel, *Influencia de la constitucion del terreno, etc., loc. cit. De la papera y del cretinismo (Arch. gen. de Medicina*, 1864, t. I, p. 189) trabajo que hemos utilizado muchas veces en la redaccion de este artículo.

(5) La mayor parté de los detalles que siguen son tomados tambien de la ya citada *Memoria* de B. A. Morel. *Arch. gen. de Medicina*, 1863, t. II, p. 185 y siguientes).

to y como esponjosa y elástica. La mano mas experta no encuentra lóbulo bien distinto: todo está comprometido en el mismo grado en la intumescencia. Todo el tejido de la glándula tiróide, se halla confundido en la masa inyectada; las venas subcutáneas están llenas, salientes, sin que la piel cambie de color (1).

Esta tumefaccion característica de la *papera* llamada *hiperémica* (Savoyen) ó *difusa* (Morel), no es propia exclusivamente de la hipertrofia cartilaginosa endémica, pues se observa en algunos niños recien nacidos y en algunas jóvenes cuya menstruacion es difícil (Morel), siendo frecuente sobre todo en las mujeres embarazadas (2). Tambien se la designa con el nombre de *cuello gordo* en los individuos que por primera vez se establecen en un pais donde se padece esta enfermedad.

»Los individuos que padecen esta clase de paperas recurren rara vez á los cuidados de la medicina. En los paises donde la afeccion es endémica, el orgasmo de la glándula y de cuanto la rodea, pasa, por decirlo así, desapercibido. Por otra parte, el sufrimiento es nulo ó poco acentuado; la mirada es viva y brillante, á veces prominente; el color del rostro bueno, y los individuos tienen todas las apariencias de la mejor salud.

»Pero si los síntomas del período inicial son poco alarmantes para el vulgo, no sucede lo propio respecto al médico que ha hecho un estudio sério de las modificaciones que experimenta la salud de las personas atacadas por la enfermedad. Generalmente tienen la respiracion dificultosa, ronca y estridente: el andar es penoso, y difícil é imposible en ocasiones el correr. La subida á elevaciones, es acompañada de una disnea que recuerda la de los asmáticos. Mas tarde, la dificultad de la circulacion se anuncia por cambios mas significativos, y los enfermos acaban por quejarse de malestar y peso de la cabeza; algunos tienen zumbido de oidos; se vuelven pesados y apáticos y sus sentidos pierden la perfeccion. Todo esto tiene importancia bajo el punto de vista de la singular influencia que ejerce la manera, no solo sobre la constitucion física, sino tambien sobre el estado intelectual de los individuos.

»En este período inicial deben aconsejarse los medios higiénicos y el tratamiento por las sales ioduradas; es de una innegable eficacia. Despues de algun tiempo variable segun la edad, el sexo de los individuos y los medios higiénicos de que pueden disponer, el mal sigue una marcha ascendente y la papera se presenta bajo una forma tan característica, que el tratamiento ofrece pocas probabilidades de éxito.» (Morel.)

Entonces enflaquecen los enfermos, la piel adquiere un color de tierra, el rostro pierde su frescura y se llena de arrugas; el tumor es

(1) Savoyen, *Nuevos estudios filosóficos sobre la degeneracion física y moral del hombre*, 1854.

(2) Véase mas adelante nuestro artículo PAPERA PASAJERA.

mas evidente. Aislado y desprendido de los tejidos inmediatos, dicha glándula parece recogida en su propio tejido, presenta una, dos ó tres prominencias perfectamente redondeadas, globulosas, reunidas algunas veces en una sola bola enorme, separadas otras por espacios bien distintos; pero ofreciendo siempre al tacto la sensacion de una masa carnosa, dura, resistente y algo móvil, surcada por arrugas. Algunas venas subcutáneas serpentean delante de estas esferas informes. No se ve la dilatacion de los vasos cervicales tan pronunciada como en la otra especie de infarto cartilaginoso (*papera hyperémica ó difusa*), y si algunas veces se distinguen mejor estos vasos, no es porque estén muy dilatados, sino por haber quedado mas salientes por el enflaquecimiento de las partes que rodean al infarto, enflaquecimiento que va acompañado desde el resto del cuerpo (*papera anémica* de Savoyen (1); *papera degenerada* de Morel.)

«Es inútil insistir sobre lo incurable de la glándula cartilaginosa hipertrofiada, sobre todo cuando existen induraciones y alteraciones de tejido, y frecuentemente tambien un estado caquéctico, índice de la progresion del mal. Este estado, que ha recibido el nombre de *caquexia paperal*, consiste en un conjunto de síntomas que se revelan por la torpeza y paralizacion de las facultades intelectuales, desarreglos en la hematosis y vejez prematura. La mision del médico consiste en este caso en mejorar ó aliviar, cuando es posible, la situacion de los individuos; pero, sobre todo, en recomendar á los padres afectados de papera que vigilen de un modo particular la higiene física y moral de sus hijos: semejante recomendacion seria supérflua cuando menos si los médicos que habitan en poblaciones contaminadas, no se hubieran dado cuenta desde hace mucho tiempo de las relaciones íntimas que existen entre la *caquexia paperal* de los padres y el estado de degeneracion de los descendientes, conocido con el nombre de *cretinismo*.» (Morel.)

§ III.—Tratamiento.

El tratamiento de la papera comprende dos divisiones: una encierra los medios destinados á combatir la papera cuando se ha desarrollado en un individuo; la segunda comprende los medios higiénicos intentados para impedir el desarrollo. En uno ú otro de estos grupos de medios, profilácticos ó terapéuticos, el médico tiene la mision de luchar contra la aparicion ó el desarrollo de la papera, que puede hacer peligrar la vida, pero no debe perder de vista otro objeto mas remoto, la lucha contra el cretinismo. Efectivamente, aun cuando no se debiera considerar el cretinismo como el último término, *inevitable* de una enfermedad, de que sea la manifestacion anterior la papera, las relaciones íntimas muy frecuentemente com-

(1) Savoyen, *loc. cit.*, p. 121.

probadas entre el cretinismo y la papera endémica deben despertar la solicitud del médico.

Medios profilácticos.—La incertidumbre que reina todavía sobre la causa positiva de la papera se traduce en las indicaciones que la higiene da difícilmente. Sin embargo, á pesar de remitir al lector á la *Memoria* de Morel, en la que encontrará discutidas las cuestiones relativas á este asunto, reproduciremos aquí el programa en que ha reunido monseñor Billiet los medios profilácticos que desde luego pueden emplearse (1):

1.° *Medios adecuados para combatir las causas secundarias*.—Desarbolar, cortar los árboles que dan excesiva sombra á las habitaciones de los campesinos, limpiar mucho, quitar el estiércol que en ocasiones cubre los charcos inmediatos á la puerta de las habitaciones, favorecer la circulacion del aire, agrandar las ventanas, no dejar á familias enteras sobre la tierra desnuda, y construir en cada habitacion un entarimado ó embaldosado.

2.° *Multiplicar el uso de los filtros caseros*, construir algunos baratos y ver si hay medio de aumentar su eficacia añadiéndoles algunos reactivos.

3.° *Medios directos*.—Buscar buenas aguas. Las que salen del calcáreo compacto, del calcáreo duro y de capas espesas, no producen nunca la papera ni el cretinismo; en general, las que salen de las rocas duras, en que nada se puede desmenuzar ni deshacer, son las mas sanas. Mucho debe procurarse, pues, buscar y conducir buenas aguas en donde esto sea posible.

4.° Preparar remedios iodurados económicos é inofensivos y hacerlos administrar con prudencia á los niños que concurren á las escuelas municipales.

5.° Hacer construir cisternas. Este medio que introduce el uso de aguas que no han experimentado la influencia del terreno, es el mas seguro y mas eficaz de todos.

Tratamiento médico interno y externo.—1.° *Preparaciones iodadas*.—Antes del descubrimiento del iodo, se empleaba ya la esponja calcinada, de la que se administraban 6 á 8 gramos por dia, en agua ó vino: tambien se hacian píldoras, electuarios y pastillas.

Todavía suele usarse el collar de Morand, que es de tafetan negro, que cubre una carda de algodon, espolvoreada con la preparacion siguiente:

R.	Hidroclorato de amoniaco	aa partes iguales.
	Hidroclorato de sosa calcinada	
	Esponja calcinada sin lavar	

Cúbrese todo con una muselina, picada en cuadrados ó en rom-

(1) Mons. Billiet, *Carta de Chambery*, 28 de Marzo de 1862, publicada por A. Morel en la *Memoria citada* (*Arch. gen. de Med.* 1864, t. I, pág. 455-457.)

bóides. Se aplica el collar sobre la papera, por el lado de la muselina, no se quita de dia ni de noche y se renueva el polvo cada veinte dias próximamente. Morel ha empleado algunas veces con éxito esta medicina.

Desde que se indicó la tintura de iodo para curar la papera, se usó de un modo extraordinario en algunos puntos, sobre todo en Lausanne, donde casi todos, enfermos ó no, llevaban un frasco consigo. Linck (1), que menciona este hecho, añade que semejante abuso ha producido numerosos accidentes.

Sin embargo, Ch. Laségue (2) ha propuesto un modo de administrarlo que permite dar el medicamento en altas dósis, sin peligro. Pero, para evitar las sensaciones dolorosas, la especie de gastralgia que produce frecuentemente la administracion del iodo, debe observarse en absoluto, no darlo mas que en el momento de la comida: la excitacion estomacal que entonces se produce nada tiene de dolorosa ni perjudicial y contribuye á favorecer la digestion. La dósis prescrita con esta precaucion por Ch. Laségue, ha sido elevada progresivamente de 8 á 10 gotas, dos veces por dia, á 5 y 6 gramos durante la comida, tomando por escipiente un poco de agua azucarada ó vino de España, que oculta mejor el sabor.

Coindet añade el hidriodato de potasa ó de sosa en el tratamiento interno de la papera:

Alcohol de 35°...	30 gramos.	Hidriodato de potasa ó de sosa..................	2 gram., 50
Iodo...........	2,50		

Empieza con diez gotas de esta mixtura en un medio vaso de jarabe ó de agua azucarada, tomado por la mañana en ayunas, una segunda dósis á las diez y una tercera por la tarde. Al fin de la primera semana puede aumentarse cinco gotas, y así progresivamente.

Se añade á veces á este tratamiento interno fricciones con una pomada, cuya fórmula es la que sigue (Morel):

Hidriodato de potasa.	2 gramos.	Enjundia de gallina....	30 gramos.

Monod y Gibert (del Havre) han puesto tambien en práctica, en el interior, la preparacion siguiente:

Vino rojo	1000 gramos.	Rosas de Provins.	100 gramos.

Despues de maceradas las rosas se añade:

Tintura de iodo......	8 gramos.	Ioduro de potasio...	8 gramos.

(1) Linck, *Diario complementario*, Abril y Mayo de 1824.
(2) Ch. Lesègue, citado por Fabre en su *Tratado de la papera y del*

La experiencia ha demostrado á Gibert (del Havre) que es preferible administrar el iodo en el estado de combinacion á administrarlo puro. Entonces se forma un iodo-tanato asociado al ioduro de potasio. El vino se toma entonces en dósis de una cucharada de café diaria, y se aumenta la dósis si conviene.

Para no perjudicar la sensibilidad de las vias digestivas, Fabre aconseja introducir directamente en el sistema absorbente (por fricciones sobre la lengua) un excitante poderoso como el hidriodato de potasa: se mezclan por trituracion 4 gramos de esta sal con 8 de polvo fino de regaliz, y se divide el total en 45 paquetes. En un caso, el autor de este medicamento prescribió un paquete diario en ayunas á un jóven de diez y ocho años, que tenia una papera muy pronunciada, recomendándole además que guardase el mayor tiempo posible la saliva en la boca durante la friccion (cinco á seis minutos) y tragarla en seguida. Al cabo de un mes la papera habia perdido las tres cuartas partes de su volúmen, y el cartílago volvió á su estado normal, continuando el tratamiento durante veinticinco dias (1). En algunas circuntancias Fabre ha visto desarrollarse un movimiento febril, cuando la dósis del medicamento se ha elevado á 15 ó 20 centígramos para cada friccion particular. Entonces suspendia las fricciones durante una quincena, y al volverlas á aplicar las disminuia en una mitad. Algunas veces tambien la papera se volvia dura, resistente, dolorida á la presion, con excitacion febril, y llegaba á ser preciso recurrir á evacuaciones sanguíneas, generales ó locales, y aplicar emolientes. De esto deduce el autor que no se debe exagerar, como algunos médicos lo hacen, la dósis del hidriodato de potasa. La medicacion preconizada por Fabre le ha dado buenos resultados, no obstante, en gran número de personas de diferente sexo, á pesar de no haberles servido antes el tratamiento iodado en el interior y la pomada con el hidriotado de potasa empleado exteriormente (2).

Las preparaciones iodadas forman tambien la base del tratamiento adoptado para los enfermos de paperas en el departamento del Sena Inferior; demos aquí la fórmula tal como ha sido redactada por Vingtrinier (3).

1.° Solucion de tintura de iodo cargada de ioduro de potasio, en la proporcion de 4 gramos de sal por 30 gramos de tintura, para tomar en todas las comidas, en la bebida ó en la sopa, 3, 4 ó 5 gotas á la vez: en conjunto 12 á 15 gotas por dia.

2.° Todas las noches, al acostarse, un pellizco de polvo de esponja calcinada bajo la lengua (4).

(1) Fabre, *loc. cit.* p. 103.
(2) Fabre, *id.*, p. 107.
(3) Vingtrinier, *Rapport du médecin des épidémies sur les maladies qui ont régné dans l'arrodissement de Rouen pendant l'année* 1859, *et sur le traitement du goitre.*
(4) Fórmula del *polvo* llamado de *Sency:* Polvo de esponja de color rojo, tosta-

3.° Fricciones en el cuello con la pomada iodurada, en la proporcion de 4 gramos de ioduro de potasio por 30 de enjundia de gallina.

4.° Una corbata de sal sobre el cuello durante la noche.

5.° Un frasco, con iodo metálico, suspendido de las cortinas de la cama.

6.° Algunas veces es necesario añadir á este tratamiento el jarabe antiescorbútico y alguna preparacion ferruginosa, como el ioduro de hierro en píldoras.

7.° Buen régimen: habitacion seca y al sol.

8.° Recomendar los baños de mar, como tambien la ausencia de los paises contaminados, cuando lo permite la fortuna de los individuos.

El tratamiento, que en mas de trescientos enfermos, ha producido á Niepce (1) mejores resultado, sconsiste:

1.° En bebidas amargas, tónicas, tomadas entre las plantas antiescorbúticas, con la adicion de jarabe de protoioduro de hierro, preparado segun la fórmula de Dupasquier.

2.° El aceite de hígado de bacalao, con la adicion de un decígramo de iodo ó de 15 centígramos de bromuro de hierro (por 100 gramos de aceite).

3.° Fricciones sobre el tumor con el linimento que sigue:

Amoniaco.........	15 gotas.	Aceite de manzanilla alcanforado...........	250 gramos.
Bromuro..........	2 gramos.		

En caso de que el tumor sea muy duro, Niepce recomienda la pomada siguiente:

Protoioduro de mercurio.	75 cent.	Enjundia................	16 gramos.

En los distritos situados al pié del Himalaya, cerca de Goruckpore y de Firhood, varios médicos ingleses, desde Cumbringham y Holmes (en 1855), han empleado contra la papera la pomada siguiente:

Deutoioduro de mercurio.	1 gram.	Enjundia................	30 gramos.

«Media hora próximamente despues de amanecer debe extenderse y frotarse una parte del ungüento sobre toda la papera, durante diez minutos, con una espátula ó un cuchillo de marfil. Despues de la friccion, en vez de levantarlo, se cubre con un ligero tejido y se hace sentar al enfermo expuesto al sol, pues los rayos solares parecen

da lo menos que sea posible, 20 gramos; clorhidrato de amoniaco, 1 gramo; carbon vegetal, 1 gramo.

Se puede sustituir este polvo con los *granos de esponja*, mas fáciles de administrar é igualmente eficaces (Mentel):

R. Esponja rosa.......	100 gramos.	Azúcar...............	300 gramos.

Granúlese.—Dósis de 2 á 4 gramos.

(1) Nièpce, *loc. cit.*, t. I, 484.

La experiencia ha demostrado á Gibert (del Havre) que es preferible administrar el iodo en el estado de combinacion á administrarlo puro. Entonces se forma un iodo-tanato asociado al ioduro de potasio. El vino se toma entonces en dósis de una cucharada de café diaria, y se aumenta la dósis si conviene.

Para no perjudicar la sensibilidad de las vias digestivas, Fabre aconseja introducir directamente en el sistema absorbente (por fricciones sobre la lengua) un excitante poderoso como el hidriodato de potasa: se mezclan por trituracion 4 gramos de esta sal con 8 de polvo fino de regaliz, y se divide el total en 45 paquetes. En un caso, el autor de este medicamento prescribió un paquete diario en ayunas á un jóven de diez y ocho años, que tenia una papera muy pronunciada, recomendándole además que guardase el mayor tiempo posible la saliva en la boca durante la friccion (cinco á seis minutos) y tragarla en seguida. Al cabo de un mes la papera habia perdido las tres cuartas partes de su volúmen, y el cartílago volvió á su estado normal, continuando el tratamiento durante veinticinco dias (1). En algunas circuntancias Fabre ha visto desarrollarse un movimiento febril, cuando la dósis del medicamento se ha elevado á 15 ó 20 centígramos para cada friccion particular. Entonces suspendia las fricciones durante una quincena, y al volverlas á aplicar las disminuia en una mitad. Algunas veces tambien la papera se volvia dura, resistente, dolorida á la presion, con excitacion febril, y llegaba á ser preciso recurrir á evacuaciones sanguíneas, generales ó locales, y aplicar emolientes. De esto deduce el autor que no se debe exagerar, como algunos médicos lo hacen, la dósis del hidriodato de potasa. La medicacion preconizada por Fabre le ha dado buenos resultados, no obstante, en gran número de personas de diferente sexo, á pesar de no haberles servido antes el tratamiento iodado en el interior y la pomada con el hidriotado de potasa empleado exteriormente (2).

Las preparaciones iodadas forman tambien la base del tratamiento adoptado para los enfermos de paperas en el departamento del Sena Inferior; demos aquí la fórmula tal como ha sido redactada por Vingtrinier (3).

1.° Solucion de tintura de iodo cargada de ioduro de potasio, en la proporcion de 4 gramos de sal por 30 gramos de tintura, para tomar en todas las comidas, en la bebida ó en la sopa, 3, 4 ó 5 gotas á la vez: en conjunto 12 á 15 gotas por dia.

2.° Todas las noches, al acostarse, un pellizco de polvo de esponja calcinada bajo la lengua (4).

(1) Fabre, *loc. cit.* p. 103.
(2) Fabre, *id.*, p. 107.
(3) Vingtrinier, *Rapport du médecin des épidémies sur les maladies qui ont régné dans l'arrodissement de Rouen pendant l'année* 1859, *et sur le traitement du goître.*
(4) Fórmula del *polvo* llamado de *Sency:* Polvo de esponja de color rojo, tosta-

3.° Fricciones en el cuello con la pomada iodurada, en la proporcion de 4 gramos de ioduro de potasio por 30 de enjundia de gallina.

4.° Una corbata de sal sobre el cuello durante la noche.

5.° Un frasco, con iodo metálico, suspendido de las cortinas de la cama.

6.° Algunas veces es necesario añadir á este tratamiento el jarabe antiescorbútico y alguna preparacion ferruginosa, como el ioduro de hierro en píldoras.

7.° Buen régimen: habitacion seca y al sol.

8.° Recomendar los baños de mar, como tambien la ausencia de los paises contaminados, cuando lo permite la fortuna de los individuos.

El tratamiento, que en mas de trescientos enfermos, ha producido á Niepce (1) mejores resultado, sconsiste:

1.° En bebidas amargas, tónicas, tomadas entre las plantas antiescorbúticas, con la adicion de jarabe de protoioduro de hierro, preparado segun la fórmula de Dupasquier.

2.° El aceite de hígado de bacalao, con la adicion de un decígramo de iodo ó de 15 centígramos de bromuro de hierro (por 100 gramos de aceite).

3.° Fricciones sobre el tumor con el linimento que sigue:

Amoniaco.........	15 gotas.	Aceite de manzanilla alcanforado...........	250 gramos.
Bromuro..........	2 gramos.		

En caso de que el tumor sea muy duro, Niepce recomienda la pomada siguiente:

Protoioduro de mercurio.	75 cent.	Enjundia................	16 gramos.

En los distritos situados al pié del Himalaya, cerca de Goruckpore y de Firhood, varios médicos ingleses, desde Cumbringham y Holmes (en 1855), han empleado contra la papera la pomada siguiente:

Deutoioduro de mercurio.	1 gram.	Enjundia................	30 gramos.

«Media hora próximamente despues de amanecer debe extenderse y frotarse una parte del ungüento sobre toda la papera, durante diez minutos, con una espátula ó un cuchillo de marfil. Despues de la friccion, en vez de levantarlo, se cubre con un ligero tejido y se hace sentar al enfermo expuesto al sol, pues los rayos solares parecen

da lo menos que sea posible, 20 gramos; clorhidrato de amoniaco, 1 gramo; carbon vegetal, 1 gramo.

Se puede sustituir este polvo con los *granos de esponja*, mas fáciles de administrar é igualmente eficaces (Mentel):

R. Esponja rosa.......	100 gramos.	Azúcar...............	300 gramos.

Granúlese.—Dósis de 2 á 4 gramos.

(1) Nièpce, *loc. cit.*, t. I, 484.

ejercer una gran influencia para la eficacia de este remedio. Cuando no haya sol debe exponerse libremente el cuello al contacto de la luz difusa, ó bien hacer que el enfermo se siente cerca del fuego.

»Media hora despues de la aplicacion el enfermo empieza á sentir la coccion y una sensacion de calor en la piel, etc. Una hora mas tarde se desarrolla una vejigacion, que puede curarse, como es costumbre, con el cerato simple.

»Los efectos del deutoioduro de mercurio, aplicado sobre la papera, se prolongan mucho tiempo despues de que haya sido curada la vejigacion (Macnamara). El tumor continúa disminuyendo de dia en dia, durante un mes ó seis semanas, y aun, para la curacion de las paperas mas voluminosas, no se debe repetir la aplicacion del remedio mas de una vez cada dos meses. Los tumores mas voluminosos se desvanecen despues de dos ó tres aplicaciones (1).»

A pesar de la facilidad prodigiosa con que han sido curados un número considerable de enfermos (25.000 durante un invierno) con el empleo de la pomada recomendada por los médicos ingleses al pié del Himalaya, y acaso tambien por esta misma facilidad hay motivo bastante «para preguntarse, conocidos el clima de la India y el temperamento de sus habitantes, si las paperas de aquel pais son de igual naturaleza que las de nuestras comarcas. Esta duda, iniciada por Gosse, es compartida por Morel; pero no es menos cierto que el deutoioduro de mercurio es un medicamento demasiado precioso para que sea excluido del tratamiento de la papera (2), y debemos añadir que Vingtrinier ha podido en dos casos obtener la curacion por este medio, cuando habian resultado infructuosos los anteriores tratamientos (3).

Ha sido aconsejado tambien contra la papera el uso de algunas aguas. Mottard (en San Juan de Marienne) prefiere las aguas de Challes á otras cualesquiera; las de Echaillon han sido recomendadas tambien. Por último, Maire (4) tiene la mayor confianza en un remedio, cuya fórmula sigue:

Hiposulfito de sosa.....	80 gram.	Alcoolado ó tintura de corteza de nuez verde......	20 gramos.
Bicarbonato de sosa....	20 gram.		
Agua destilada........	1000 gram.		

Se disuelven las sales alcalinas en el agua destilada: cuando la disolucion es completa, se añade la tintura de corteza de nueces, y se toma á cucharadas, por la mañana y por la noche, en medio vaso de agua azucarada.

«En una escuela de 80 niñas, de las cuales 58 tenian paperas

(1) A. Grant, Noticia enviada por Lang, y leida por Gosse ante la sociedad médica del canton de Ginebra (3 de Diciembre de 1862). Monat, *Indian Annals of medical science*, 1857.

(2) A. Morel, *loc. cit.*, 1864, t. I, p. 332.

(3) Vingtrinier, comunicacion citada por A. Morel (*loc. cit.*, p. 334).

(4) Maire, *Diario de Nancy*, 1858.

bastante pronunciadas, este remedio fué empleado durante algunos dias y produjo efectos admirables (1).»

Añadamos tambien, como medio terapéutico, la aplicacion de un vejigatorio sobre el tumor; Ferrus recomienda su uso, creyéndole de buenos resultados. «Este medio es tanto mas útil, cuanto que los medicamentos obran sobre la superficie, mejor que si fuesen colocados sobre la piel, cubierta con la epidermis (2).»

Tratamiento quirúrgico.—No hemos de describir aquí los procedimientos operatorios que han sido aconsejados y ejecutados en algunos casos en particular, cuando el tumor ha adquirido un desarrollo tal, que el enfermo esté amenazado de asfixia.

En estos casos extremos la intervencion quirúrgica es urgente; pero antes de llegar á un estado de tanta gravedad, deben atacarse las paperas con mas ó menos atrevimiento. Recordemos solamente que el uso del *sedal*, elogiado ya por Chelius é indicado con detalles por Niepce (3), parece ser de todos los medios quirúrgicos el que puede usarse con los menores inconvenientes (Morel). En fin, *la ligadura de las arterias cartilaginosas superiores* y la *extirpacion en masa*, han sido practicadas por Desault, Coster, Brodie, Cooper, Mayor (de Lausanne); pero es dudoso que lleguen á recomendarse como método ordinario (A. Morel) y su empleo parece limitado á los casos extremos (4). En cuanto á la *puncion*, seguida de la *inyeccion iodada*, debe reservarse para los casos en que el tumor está formado por un quiste y el éxito puede ser completo (5).

3.° PAPERA EXOFTÁLMICA (ENFERMEDAD DE GRAVES, ENFERMEDAD DE BASEDOW).

§ I.—Definicion, sinonimia, historia.

Desígnase hoy bajo el nombre de *papera exoftálmica* una afeccion caracterizada por la salida de *globos oculares*, el *desarrollo de la glándula tiróide*, *palpitaciones cardiacas*, *palpitaciones visibles de las arterias*, y los signos externos, mas ó menos pronunciados de la *anemia*. La comprobacion de estos signos reunidos, basta para el diagnóstico y cada uno de los tres primeros, observado aisladamente, debe ingerir el deseo de buscar los demás, cuando no son apreciables desde luego.

La afeccion que nos ocupa, entrevista por algunos oftalmologis-

(1) Monseñor Billiet, Carta dirigida á Maire (de Rosiéres-aux-Salines).
(2) A. Morel, *loc. cit.*, 1864, t. I, pág. 334.
(3) Niepce, *loc. cit.*, t. II, pág. 485.
(4) Niepce, *loc. cit.*, t. II, pág. 497.
(5) Arthaud (de Lyon) citada por A. Morel (*loc. cit.*, 1864, t. I, pág. 336).

tas (1), ha sido estudiada mas completamente en Alemania é In terra. Ya se encuentra indicada por Flajani (2), por Parry (3), Donnell (4), Pauli (5), Brueck (6); pero donde mas se ha fija atencion sobre este punto, es en las descripciones dadas por B dow (7) y por Graves (8). Algunas monografías y varias observ nes se han publicado, debidas á Begbie (9), á Henoch (10), á per (11), á Helfft (12), á Lubarsch (13), á Heusinger (14), á R berg (15), á W. Stokes (16), á Neuman (17), á Primassin (1 Schoch (19), á Koeben (20), á R. Taylor (21), á Syme (22), y en cia á Charcot (23), en cuyo trabajo se han resumido todos los riormente publicados sobre el mismo asunto. Todavía mas mod mente, publicados P. Fischer (24), Aran (25), Hervieux, Gros (26),

(1) Sichel, *Boletin general de terapéutica*, 1846, t. XXX, pág. 344. (Sobr especie particular de exoftalmos producida por la hipertrofia ó la congestion jido célulo-grasiento de la órbita).—Desmarres, *Gaceta de los hospitales*, 185 mero 1, pág. 2.—Demours cita un caso del mismo género observado en una

(2) Flajani, *Coleccion de observaciones y reflexiones de cirugía*. Roma, volúmen III, pág. 270.

(3) H. C. Parry, *Collections from the unpablished med. writings*, etc., pág London, 1825.—Marsh, *Dublin Journal of med. sc.*, vol. XX, p. 471.

(4) Mac-Donnell, *Dublin Journal of med. sc.*, vol. XXVII, p. 200.

(5) Pauli, *Heidelberger Klin. Annalen*, 1837, Band III, Heft II.

(6) Brueck, in V. Ammon's *Zeitschrift* Band, IV, 1835.—*Casper's Wo chrift*, 11 Julio 1840, und 29 Abril 1848.

(7) Basedow, *Exophthalmos durch hypertrophïe des Zengewebes in der A hoele*, in *Casper's Wochenschrift*, 28 Mayo 1840.

(8) Graves, *On clinical medicine*. Dublin, 1843, p. 674.

(9) Begbie, *Monthy Journal*, Abril 1845, case book, p. 33.

(10) Henóch, in *Casper's Wochenschrift*, 23 Setiembre 1848.

(11) Cooper, *The Lancet*, 26 Mayo 1849.

(12) Helfft, in *Casper's Wochenschrift*, 1849, S. nos 29, 30, 48, 49, p. 979.

(13) Lubarsch, *ibid.*, 1850, S. 60.

(14) Heusinger, *ibid.*, 1851, S. 29.

(15) Romberg, *Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen*, 1851, S. 1

(16) W. Stokes, *Diseases of the Heart*. pag. 278. Dublin 1853, y *Tratado enfermedades del corazon y de la aorta*, traduccion francesa por Senac.

(17) Nauman, *Deutsch Klinik*, 1853, p. 24

(18) Primassin, *Org. f. d. Gesammt. Heilk.*, Bd. II, H. 3.

(19) Schoch, *De exophthalmo ac struma cum cordis affectiones*, disertacion gural 1854, Berlin, bei Schade.

(20) Koeben, *De exoftalmo etc*, 1855, Berlin, bei Schlesinger.

(21) R. Taylor, *Med. times and Gaz.*, 24 Mayo 1856.

(22) Syme, *Manthly Journal of med. science*, vol. X, pág. 488.

(23) Charcot, *Memoria sobre una afeccion caracterizada por palpitaciones razon y de las arterias, tumefaccion de la glándula tiróide y una doble exoft* (*Memorias de la Sociedad de biología*, 2.ª série, t. III, año 1856, pag. 43-56.)

(24) P. Fischer, *Del exoftalmos caquéctico*. (*Archivos generales de Medic.*, t. II, pág. 521, 852.)

(25) Aran, *De la naturaleza y del tratamiento de la afeccion conocida bajo el bre de papera exoftálmica* (*Boletin de la Academia de Medicina*, 1860, t. XXV

(26) Gros, *Boletin general de terapéutica*, 1862 y *Nota sobre la papera exoft ca* leida á la Sociedad de Medicina de Paris. (*Gaceta hebdomadaria de medicina cirujía*, 9 de Diciembre de 1864.)



sier (1), A. Corlieu (2) y mas particularmente A. Trousseau (3), han dado á este estudio una extension que no tenia hasta ahora, al propio tiempo que han tratado de presentar una explicacion de la enfermedad, considerada bajo diferentes puntos de vista.

La papera exoftálmica se designa tambien bajo diferentes nombres por varios autores: *Caquexia exoftálmica*, *caquexia cartilaginosa*, *enfermedad de Basedow*, *enfermedad de Graves*, *Anæmie protrusion of the eye-balls* (Taylor), etc.

§ II.—Descripcion de los síntomas, curso y terminacion.

En la mayor parte de los casos rompen la marcha las palpitaciones arteriales y cardíacas. Los enfermos vienen manifestando desde antes ciertas rarezas de carácter y un estravío en la mirada, que no pueden haber pasado desapercibidos á las personas que les rodean; pero las palpitaciones son ordinariamente los primeros fenómenos que mueven á los enfermos á consultar al médico: entonces especialmente no se deben confundir los fenómenos observados con los que caracterizarian la anemia, la clorosis ó el desarreglo de funciones como la menstruacion. El error se evitará fácilmente siempre que se haya podido descubrir la aparicion simultánea ó próximamente sucesiva de los diferentes síntomas sobre que vamos á insistir; pero hay casos raros, en los que la papera y la exoftalmía existen en un estado tan rudimentario que puede desconocerse fácilmente la afeccion.

Palpitaciones arteriales y cardíacas.—«Las palpitaciones de corazon son violentas, levantan con frecuencia la pared torácica adelgazada y producen pronto la elevacion de la region cardíaca; y el choque del corazon sobre el pecho es tan considerable, que á veces se percibe á cierta distancia. Estas palpitaciones que redoblan de frecuencia y de fuerza con las emociones morales ó cualquier otro esfuerzo, obligan á los enfermos á no hacer ejercicio alguno sostenido. Los crujidos valvulares son excesivos y acompañados ordinariamente de un soplido, suave en su orígen, que se prolonga en el trayecto de los vasos: los movimientos caróticos son mas fuertes que en el estado normal, y se les nota, como en las venas yugulares, partiendo del nivel del tumor tiroidianos» (Trousseau). Las palpitaciones mas violentas y precipitadas del corazon y de las arterias pueden persistir sin descanso durante meses y aun años; pero por lo comun ofrecen exacerbaciones y remisiones, de duracion variable,

(1) Teissier (de Lyon), *Gaceta médica de Lyon*, 16 Enero de 1863.

(2) A. Corlieu, *De la papera exoftálmica ó neurosis tyro-exoftálmica*, Memoria leida á la Sociedad de medicina práctica de Paris, sesion del 6 de Agosto de 1863. Paris, 1863.

(3) A, Trousseau, *Clínica médica del Hospital de Paris*, t. II, pág. 458, 2.ª edicion. Paris, 1865.

durante las cuales se modifican en el mismo sentido los otros síntomas. Todos los autores han observado efectivamente que, durante los accesos, toman un desarrollo inusitado, el tumor del cuello y la salida de los ojos, siendo, por el contrario, menos pronunciados en los momentos de calma. El pulso radial durante la exacerbacion, es casi siempre sensiblemente acelerado, contándose por lo regular 95, 120, 130 pulsaciones por minuto (Romberg, Charcot); pero débiles casi siempre, no corresponden mas que por su frecuencia á las pulsaciones caróticas, aun cuando estas sean muy violentas (Stokes). La aorta abdominal puede ser como las arterias del cuello, afectada por palpitaciones enérgicas (Charcot). Las arterias que estén en la superficie del tiróides, se presentan á veces numerosas, voluminosas y golpeando con fuerza. Hay casos en que son tan fuertes las pulsaciones arteriales que parecen predominar sobre las pulsaciones cardíacas (Charcot). Los principales troncos arteriales son el asiento de un extremecimiento especial; la auscultacion practicada sobre el trayecto de estos vasos permite comprobar la existencia de un soplo rudo, contínuo, con crecimiento (Charcot).

Unas veces, el mate de la region precordial no traspasa los límites normales: otros, por el contrario, se han observado todos los signos que indican la existencia de un aumento en el volúmen del corazon. De todos modos se debe desconfiar del aumento *aparente* del mate. «En efecto, en la region cardíaca hay dos clases de mate: uno absoluto que es próximamente de cuatro á cinco centímetros cuadrados en el estado fisiológico y otro relativo, que circunscribe á lo absoluto y que puede variar hasta lo infinito, segun las relaciones del corazon con el pulmon, segun la dificultad de la circulacion, segun el mayor ó menor espesor y densidad de las paredes torácicas. El mate relativo puede medir 10, 12, 13 centímetros en sentido trasversal y 8, 10, 12 en el vertical. El mate relativo puede comprobarse fácilmente en la enfermedad de Graves, porque los enfermos tienen con frecuencia muy delgadas las paredes torácicas; pero lo que únicamente ha de tenerse en cuenta para averiguar si hay ó no hay aumento en el volúmen del corazon es el mate real y efectivo (Trousseau).

La comprobacion de semejante hecho es de suma importancia, y sin embargo, no todos los autores están de acuerdo respecto á la existencia. Volveremos á tratar este asunto al ocuparnos de la *fisiología patológica.*

Tumor del cartílago.—Este tumor es liso, blando, mas ó menos voluminoso. Por lo regular no alcanza dimensiones excesivas y hay casos en que está formado exclusivamente á costa de uno de los dos lóbulos, principalmente el derecho. Se ha visto simular un aneurisma (Stokes, Graves, Emilio Vidal) (1); en efecto, en él residen pal-

(1) Emilio Vidal, citado por A. Trousseau, *loc. cit.*, p. 461.

pitaciones mas ó menos enérgicas y un extremecimiento notable en ocasiones. Es difícil decidir si estas palpitaciones, si este extremecimiento, si el mismo ruido áspero y á veces musical que se nota mediante la auscultacion le pertenecen en propiedad (Stokes, Trousseau), ó si son simplemente comunicados por las arterias carótidas (Romberg).

Sea de esto lo que quiera, la hipertrofia del cuerpo tiróides, que puede llegar al puente mismo de este órgano, ocurre progresivamente: «en un principio se presenta sin que los enfermos se aperciban, hasta que una circunstancia fortuita les revela dicho estado patológico. Pronto, y paralelamente á la marcha de la enfermedad general, el tumor tiroidiano va aumentando; algunas veces hay períodos de parada, pero suele entonces ser tan voluminoso ya el tumor que ocasiona modificaciones muy notables de la voz y de la respiracion. Los enfermos experimentan una incomodidad muy grande para la respiracion sobre todo en el decúbito dorsal; la tráquea se encuentra comprimida, sea por el solo peso del tumor, sea por su invasion hipertrófica, que puede circunscribir el tubo aerífero y oprimirle en un anillo, como sucede en la papera sofocante. Sin embargo, hay casos en que la hipertrofia se desarrolla de una manera casi repentina; en fin, á la hipertrofia mas manifiesta ha sucedido en un caso la atrofia de la glándula, asiento de una verdadera cirrosis. (Trousseau).

Las modificaciones de la voz en la papera exoftálmica pueden ser acasionadas por las modificaciones de la respiracion ó la compresion de uno ó ambos nervios laríngeos recurrentes: entonces los enfermos tienen debilidad de voz ó ronquera.» (1).

Exoftalmía.—«La exoftalmía se muestra habitualmente durante las últimas fases de la enfermedad; y pocas veces desde el principio. Apenas apreciable algunas veces puede ser tan pronunciada en ciertos casos, que se hace imposible el cierre de los párpados. Afecta generalmente á los dos ojos en grado igual. La vision no suele turbarse ordinariamente, ni se modifica la conjuntiva, el orificio pupilar, las membranas del ojo ni sus humores. Puede persistir durante años enteros sin provocar la oftalmía (Stokes). Sin embargo, los enfermos pueden convertirse en présbites ó miopes: con frecuencia el ojo conserva su gran poder de adoptacion. Trousseau ha visto un enfermo que podia leer á muy diferentes distancias, al mismo tiempo que el globo ocular y la pupila sufrian ciertas modificaciones: así habia estrabismo convergente y dilatacion pupilar, cuando se colocaba el objeto cerca de los ojos, al paso que los globos oculares volvian á tomar su eje normal y las pupilas se contraian cuando el objeto estaba distante. Veíase, siguiendo las diferentes posiciones dadas al objeto, que habia esfuerzo para la adaptacion y algunas lágrimas

(1) A. Trousseau, *loc. cit.*, p. 461.

que aumentaban la brillantez de los ojos, caian despues en el párpado inferior.»

Withuisen (1), que practicó el exámen oftalmoscópico en un caso de caquexia exoftálmica, dedujo que «las membranas del ojo en esta enfermedad, pueden presentar una inyeccion viva y modificaciones de nutricion caracterizadas por depósitos de pigmento y de materia amarillenta sobre la membrana de la retina.»

Bien exista sola, bien vaya acompañada de otras modificaciones en el aparato de la vision, la exoftalmía no produce incomodidad alguna, ni dolor, al menos en los casos de mediana intensidad; y á no ser porque les presta una fisonomía muy singular, que expresa la ansiedad ó el temor (fisonomía que pueden observar muy pronto las personas que les rodean), los enfermos ignorarán largo tiempo la existencia de la misma. Pero la exoftalmía progresa tanto, aunque lentamente, que «en algunos casos los enfermos temen la caida de sus ojos; les parece que dichos órganos van á desprenderse de sus órbitas; experimentan dificultad para cerrar completamente los párpados, y durante el sueño queda descubierto en partes el globo ocular. Una jóven enferma de Clermont ofrecia tal propulsion de los globos oculares, que hubo lujacion de uno de ellos, y fué necesario volverle á colocar con los dedos en la cavidad orbital.» (Pain.)

Añadamos que el exoftalmos se pronuncia especialmente bajo la influencia de emociones morales, ó en las épocas de la menstruacion.

Síntomas secundarios.—Al propio tiempo que se observan los principales síntomas que acabamos de exponer, no hay generalmente indicios de fiebre y las funciones nutritivas siguen ejerciéndose, á veces mucho tiempo, sin ser atacadas formalmente. En cuanto á la temperatura del cuerpo que en algunos casos ha parecido permanecer normal (Charcot), se ha elevado mas en otros (al termómetro) y los mismos enfermos se han quejado de aumento de calórico (Basedow). Teissier (de Lyon) ha comprobado una elevacion de 1 á 2 grados centígrados, sobre la cifra normal, que es de 35 á 36. Estas modificaciones en la temperatura se señalan durante los paroxismos y van acompañadas de celeridad en el pulso. En un enfermo observado por Trousseau, el pulso era habitualmente de 120 y la piel estaba siempre caliente y seca. En los momentos de exacerbacion, el pulso subia rápidamente á 140 y 150; la sensacion del calor llegaba á ser intolerable y la enferma rechazaba las mantas. Esta enferma presentaba además la existencia de la mancha cerebral: »si se la irritaba ligeramente la epidermis, al cabo de dos segundos á lo sumo se veia aparecer una hermosa mancha roja, que persistia durante cosa de un minuto. Debia haber en ella una *astenia* muy pronunciada *del aparato nervioso vaso-motor*, astenia que determinaria la dilatacion fi-

(1) Withuisen, citado por Trousseau, *loc. cit.*, p. 459, 460.

cil, rápida y persistente de las capilares, bajo la influencia de la mas ligera irritacion, exactamente como sucede en la fiebre cerebral y en algunos casos de dothienentería de forma nerviosa.»

Fuera de estos trastornos, que se manifiestan mas particularmente en los paroxismos, los enfermos presentan otros. «Algunas veces el apetito es menor y caprichoso; otras veces, por el contrario, el hambre es difícil de satisfacer; la digestion es activa, y no obstante, el enflaquecimiento sigue haciendo progresos. Los enfermos pierden sus carnes y sus colores, y algunos padecen flujos intestinales que contribuyen al desmejoramiento. Pero cuando la enfermedad parece retroceder, disminuye la diarrea, se detiene, despues los enfermos utilizan el apetito feroz que han conservado y recobran las apariencias de la salud; si aun están en el período de la vida en que no ha terminado el desarrollo, se les ve crecer con rapidez prodigiosa y aumentan sus fuerzas de una manera sostenida. Estos beneficios de una buena nutricion pueden desaparecer al ocurrir nuevos paroxismos; pero por lo regular estos se ahuyentan desde el momento en que ha empezado á restablecerse la nutricion.

»La mayoría de las mujeres atacadas de la enfermedad de Graves tienen tambien amenorrea. Se desarregla primero la menstruacion, se detiene despues, y no puede esperarse su feliz restablecimiento hasta que precisamente se restablezca la funcion menstrual. La amenorrea va acompañada algunas veces de leucorrea muy abundante, y esta complicacion aumenta las causas, ya tan numerosas, de dibilidad.»

Se observa al mismo tiempo en la mayor parte de los enfermos una anemia mas ó menos profunda, que á veces se muestra desde su principio, y á la que algunos autores concederian un papel etiológico en la enfermedad de Graves; pero que no se encuentra unida necesariamente á esta afeccion de que Tessier ha observado últimamente cuatro casos exentos de toda señal de anemia: los enfermos parecian tener una hermosa y rica constitucion, estaban gruesos y tenian un gran vigor muscular y el propio sentimiento de sus fuerzas.

En los que padecen la papera exoftálmica se observan los mas variados desarrollos nerviosos, como antojos, hemicránea, vértigos, zumbido de oidos, ataques de histerismo, exaltacion habitual, etc., fenómenos todos, que tambien pueden faltar.

Varios casos han terminado por la muerte. Para ello han ido disminuyendo las fuerzas y haciéndose cada vez mas profunda la caquexia. El anasarca sin acompañamiento de albuminuria, la bronquitis, la congestion pulmonar, la neumonía lobular son las afecciones que mas comunmente han precedido y acaso determinado la funesta terminacion. La marcha de la papera exoftálmica reviste en ciertos casos una forma lenta, y otras, por el contrario, aguda y rápida. Cada una de estas formas tiene sus paroxismos, que pueden presentarse á largos intervalos, de meses y años, y variar hasta lo

infinito en su duracion y gravedad, mientras que otros se reproducen cada mes ó varias veces al mes. (Trousseau). Cuando la enfermedad se halla en su período de estado, puede haber varias veces al dia empujes hácia los ojos y el cuerpo tiróides con aumento de las palpitaciones cardíacas.»

En algunos casos «despues de haber aumentado la enfermedad durante varios meses, puede estacionarse durante uno ó dos años; despues dejan de manifestarse los paroxismos y empieza el período de declinacion; las palpitaciones de corazon se hacen menos frecuentes é intensas; los ojos pierden su brillo salvaje y su aspecto salton; la papera disminuye de volúmen, presenta menos elasticidad, se contrae, se endurece, y su tejido erectil, segun la expresion de Graves, se vuelve menos apto cada vez para dejarse dilatar por el flujo sanguíneo. Es raro que la enfermedad retroceda completamente, pues siempre queda alguna hinchazon con induracion de la glándula tiróides; y los ojos son mas saltones que en el estado ordinario.

»En cuanto á los diferentes ruidos de soplo observados en la glándula y en los vasos del cuello pueden desaparecer enteramente, así como los del corazon. La disminucion de los fenómenos locales va precedida de la desaparicion de los fenómenos generales, las funciones del estómago y del intestino se normalizan, las rarezas de carácter desaparecen, y los enfermos han vuelto á consagrarse á sus habituales ocupaciones. En las mujeres puede juzgarse de la enfermedad por la vuelta de las reglas ó por la preñez.» (Trousseau.)

Estos casos felices no son muy comunes; y en el curso de los paroxismos el enfermo está expuesto á diversos accidentes, de los que algunos pueden tener suma gravedad. De este número son los *ataques de sofocacion*, tanto mas temibles cuanto que la *traqueotomía*, único medio de sustraer al enfermo á una asfixia amenazadora, es por sí misma muy peligrosa, en razon de la gran vascularidad de la papera exoftálmica y de las eventualidades de una hemorragia que puede ser mortal. Esta hemorragia traumática provocada por una situacion grave, no es la única á que los enfermos están expuestos; existen, en efecto, ejemplos de terminacion funesta por hemorragias *pulmonales*, *intestinales*, *meníngeas* (Hirsch, Praël) ó *cerebrales* (Trousseau).

La terminacion por la muerte puede ser el último grado de una *caquexia* anticipada. La *anemia*, consecuencia de los desarreglos digestivos, es tan grande algunas veces que los enfermos sufren la fiebre éctica, ó bien, debilitados desde mucho tiempo antes se vuelven accesibles á todas las causas morbosas y sucumben á cualquiera enfermedad intercurrente. El anasarca sin acompañamiento de albuminuria, la bronquitis, la congestion pulmonar, la neumonía lobular, tales son—como ya hemos dicho—las afecciones que mas comunmente han precedido y acaso determinado la terminacion funesta.

Aunque puedan citarse en contrario ejemplos bastante numerosos de una terminacion feliz (Charcot), y hayamos indicado ya la marcha que en semejante caso sigue la enfermedad, no se debe olvidar, bajo el punto de vista del pronóstico, que las recaidas son frecuentes y que enfermos que podian juzgarse curados, durante meses y aun años, han sido atacados nuevamente por accidentes característicos, acabando por sucumbir. Tampoco se debe esperar siempre ver desaparecer la papera y la exoftalmía, aun en los casos mas felices y aunque las palpitaciones haga mucho tiempo que han cesado. Ambas afecciones pueden persistir en efecto á pesar de la curacion, como huellas indelebles de la enfermedad. (Charcot).

§ III.—Anatomía patológica, etiología y fisiología patológica.

La naturaleza de los síntomas observados durante la vida debia guiar naturalmente á la pesquisa de lesiones anatómicas; y se han verificado sobre todo en el *corazon*, el *cuerpo tiróides* y el *aparato de la vision* en los diferentes exámenes necroscópicos que se han podido practicar. Solamente en algunos casos, muy raros aun, se han extendido mas las investigaciones, cuyos resultados vamos á exponer:

Corazon.—«En la mayor parte de las autopsias se ha encontrado el corazon voluminoso; las paredes de los ventrículos de un espesor casi normal y muy pocas veces fuertemente hipertrofiadas. Su tejido muscular era á menudo flojo y reblandecido, ahogado á veces por acumulaciones grasientas. Las cavidades ventriculares, habitualmente distendidas, lo estaban á veces en sumo grado. Lo mas frecuente era que las válvulas aurículo-ventriculares ó sigmoides estuvieran completamente sanas y en buen estado; el endocardio no presentaba alteracion. Segun esto, pareceria que un aumento de volúmen del corazon, con dilatacion de las cavidades ventriculares, sin alteracion notable en las válvulas, deberia considerarse como uno de los caractéres indispensables de la enfermedad.

Pero, aun suponiendo que se encontrase esta lesion en todos los individuos que sucumben, no seria menos natural creerla solo un fenómeno de secundaria importancia, y no el punto de partida de los desarreglos que presentó desde un principio el órgano central de la circulacion. Existe, en efecto, cierto número de casos en que el corazon, examinado con cuidado en diferentes épocas de la enfermedad, no ha presentado nunca los signos de aumento de volúmen ó de cualquiera otra lesion orgánica (Charcot, Trousseau). Se ha visto además desaparecer el mate anormal, comprobado en la region precordial, en las épocas de remision ó de curacion definitiva (Romberg). En fin, se ha visto nacer, por decirlo así, la dilatacion del corazon, y desarrollarse á medida que se hacen mas intensas y permanentes las palpitaciones cardíacas y arteriales.

»Estos son hechos clínicos que no podrian conciliarse con la idea de una alteracion orgánica primitiva y considerada como causa de todos los accidentes. Los desarreglos del corazon son, pues, segun todas las apariencias, al menos en su principio, la expresion de una lesion puramente funcional, cuyo punto de partida puede buscarse sin duda en una afeccion del sistema nervioso.» (Charcot).

La cuestion referente á la existencia del aumento de volúmen del corazon en los casos de enfermedad de Graves, no es considerada de igual modo por todos los autores. Stokes, por ejemplo, en la descripcion que hace de la caquexia exoftálmica, formula una descripcion especial para la que lleva consigo alteracion orgánica del corazon: pero no viendo en la enfermedad mas que una *neurosis cardiaca* hace de todos los fenómenos mórbidos una consecuencia de la misma. Segun Trousseau, la papera exoftálmica no va acompañada necesariamente de dilatacion de las cavidades ó de alteracion de las válvulas del corazon; pero la division de Stokes debe conservarse, porque «la papera exoftálmica no puede excluir la coincidencia de semejantes lesiones y podrá acaso tener una parte determinante en su produccion.» En cuanto al aumento de volúmen del corazon que existe en todos los casos de papera exoftálmica, el hecho sostenido por Aran (1) ha sido causa de discusiones é interpretaciones diversas. Los hechos observados por Trousseau, L. Legros, Teissier (de Lyon) y algunos otros médicos no favorecen la opinion de Aran, puesto que la violencia de las palpitaciones del corazon y de los grandes vasos puede existir sin que haya necesariamente hipertrofia cardíaca, y se observa tambien en los casos de clorosis y de histerismo. Los caractéres del pulso radial no eran de la hipertrofia ni de la dilatacion pasiva; el mate precordial absoluto tampoco estaba aumentado. Pero si no hay hipertrofia activa del corazon, Trousseau piensa que puede haber á veces dilatacion de las cavidades: «Durante los paroxismos, cuando el corazon está fatigado de su excesiva accion, hay distension de las paredes, sobre todo de la orejuela derecha; y entonces la percusion puede demostrar un mate mas extenso, pero pasajeramente; lo cual explica las diferencias que se encuentran en el resultado de los exámenes publicados por Aran y la mayor parte de los demás observadores, entre otros, por Praël (de Berlin).

»La enfermedad de Graves, segun Trousseau, no va, pues, acompañada necesariamente de enfermedad orgánica del corazon; tal es la regla; pero puede mostrarse en individuos afectados ulteriormente de lesion cardíaca; los antecedentes del enfermo y los signos propios de las lesiones orgánicas, permitirán establecer la parte que corres-

(1) Aran, *Bol. de la Acad. imperial de Medicina*. Paris, 1860, t. XXVI, página 122 y siguientes.

ponde á cada una de las enfermedades sobre el estado del corazon (1). La enfermedad de Graves no ocasiona necesariamente la hipertrofia cardíaca y sin embargo puede determinar una modificacion análoga á la hipertrofia normal del corazon, observada durante la preñez (J. F. Larcher); hipertrofia que podria ser pasajera y desaparecer algunas semanas ó algunos meses despues de la curacion de la enfermedad, ó que podria convertirse en definitiva, en casos muy raros hasta ahora, cuando la enfermedad exoftálmica haya tenido una larga duracion. Segun el mismo Beau, si en la enfermedad de Graves, hay hipertrofia del corazon, la lesion es curable (2).»

Cuerpo tiróides.—En este órgano se han encontrado los caractéres de la hipertrofia de los acini, al mismo tiempo que un desarrollo considerable de los vasos. Las arterias cartilaginosas aumentan de diámetro y se hacen flexuosas; sus extremidades y sus ramas toman un gran desarrollo; sus anastómosis parecen multiplicarse (Bassedow, Stokes, Hirsch). «Este desarrollo exagerado del sistema arterial, recuerda la dilatacion vascular á la que se da el nombre de aneurisma cirsoide, y explica perfectamente los ruidos de soplo notados al nivel del tumor y el movimiento de espansion experimentado durante la vida por la mano que coge el cuerpo tiróides. El levantamiento en masa notado en la descripcion del tumor es debido á la diástole de las arterias carótidas y el movimiento de expansion á la dilatacion de las ramas de las arterias tiroidianas.

»El sistema venoso del tumor está tambien muy desarrollado (Marsh), surcando las venas gruesas en su superficie y en su espesor (Henoch). Cuando la enfermedad marcha hácia su curacion, el tumor se hace menos elástico, mas duro; la anatomía patológica presenta entonces una disminucion del sistema vascular y un aumento del tejido conjuntivo, convertido en fibroso: se observan tambien pequeños quistes sanguíneos, que han podido experimentar diferentes metamórfosis (Trousseau).» Kœben ha encontrado tambien las celdas tiroidianas llenas de materia gelatinosa.

Exoftalmía.—Antes de resumir los detalles facilitados por el exámen necroscópico, debemos recordar que se ha tratado de referir la exoftalmía á una afeccion del gran simpático cervical comprimido ó excitado por el tumor tiroidiano (Koeber).

«Pero para que fuera admisible esta opinion seria preciso que el tumor precediera constantemente á la exoftalmía, y algunas veces se ve lo contrario. ¿No seria preciso además que la pupila estuviera dilatada, que la temperatura del rostro experimentara un descenso notable? Esto es lo que no ha sido comprobado (3).

(1) En los individuos que además de la enfermedad de Graves tienen otras lesiones orgánicas del corazon, es preciso tener en cuenta la influencia de estas últimas para las complicaciones que puedan ocurrir.

(2) A. Trousseau, *loc. cit.*, pag. 464, 465.

(3) Véase sobre este asunto las investigaciones de Claudio Bernard (*Memorias*

¿Se observa, por otra parte, la exoftalmía en los enfermos de paperas cuando el tumor del cuello ha adquirido dimensiones enormes? Tampoco podria invocarse una parálisis de los músculos rectos, puesto que los ojos se mueven, en general, en todos sentidos con gran facilidad.» (Charcot.)

La insuficiencia de estas explicaciones fisiológicas ha parecido algunas veces reproducirse hasta en los resultados facilitados por el exámen necroscópico. Así que, en muchos casos, no habiendo presentado alteracion alguna notable en su volúmen ni textura el globo del ojo, se ha desechado la hipótesis de la *hidroftalmía* propuesta por Stokes. Sin embargo, Withuisen y Nauman han notado depósitos de pigmentum alrededor de la pupila del nervio óptico; pero nada que parezca haber debido producir la exoftalmía.

En algunos casos, el tejido célulo-grasiento que llena el fondo de la órbita formaba una masa mas voluminosa sensiblemente que en el estado normal (Basedow, Heusinger, Kœben, Trousseau). En un sugeto, observado por Richet y afectado de un edema general, cuando este desapareció, solo quedó el edema del tejido célulo-grasiento. La acumulacion de la grasa podria considerarse en rigor como productora de la exoftalmía en semejantes casos; pero semejante lesion no existe aparentemente en todos los enfermos cuyo globo del ojo es reductible bajo la influencia de una presion ligera, como se ha visto en numerosos ejemplos (Romberg, Taylor); no existia evidentemente en los casos en que la prominencia de los ojos ha desaparecido rápida y completamente despues de cesar las palpitaciones cardíacas.

E. Follin ha encontrado durante la vida, y con auxilio del exámen oftalmoscópico, una vascularidad mayor de la coróide; Romberg ha visto la arteria oftálmica alargada y dilatada; Fano ha comprobado en un caso la existencia de una vascularidad venosa considerable de la órbita, hasta el extremo de que, oprimiendo el globo ocular, veia venas voluminosas levantar en masa el párpado superior; pero no es cierto que la congestion de las venas orbitarias y la dilatacion de la arteria oftálmica hayan tenido una gran parte en la produccion del fenómeno *exoftalmía*. Sin embargo, «si se observa que la prominencia del globo ocular puede en un gran número de casos manifestarse con rapidez en un paroxismo y desaparecer en seguida,» Trousseau piensa que «se puede atribuir dicha prominencia á una congestion violenta y activa.» Así podrian explicarse la aparicion y desaparicion fáciles de la exorbitis. Pero si las congestiones repetidas se hacen hipertróficas, es decir, si la costumbre congestiva exalta la nutricion del tejido célulo-seboso de la órbita, este

de la Sociedad de biología, 1853, t. V, p. 77, y *Lecciones sobre la fisiología y la patología del sistema nervioso*, Paris, 1859, t. II.—Brown-Séquard, *Gaceta médica de Paris*, 1854, n.° 2, p. 22, y *passim*.—Waller, *Actas de la Academia de ciencias*, 28 Febrero, 1853.

ejido celular aumenta poco á poco de volúmen, y oprimiendo gra-
lualmente el globo del ojo, crea una exoftalmía definitiva.

Estado de las vias digestivas, de las partes anexas y de algunos ›tros órganos.—En algunos casos se han encontrado diversas alte-aciones viscerales; se han encontrado el *hígado* y el *bazo* llenos de ›angre, aumentados de volúmen y aun atacados de *cirrosis hiper-rófica* (Trousseau). El *riñon* ha presentado tambien alteraciones gra-res, tales como las *degeneraciones grasienta y amilóidea* (Trousseau). Ên fin, se ha notado tambien la *atrofia de la glándula mamaria* Corlieu).

Se puede preguntar, en vista de esto, si tan diversas lesiones son nanifestaciones directas de la enfermedad ó afecciones puramente ›ccidentales; pero en los casos de papera exoftálmica con lesiones ›rgánicas del corazon, parece natural referir á esta última la mayor ›arte de las congestiones pasivas que se encuentran en los órganos ›arenquimatosos.

Etiología y fisiología patológica.—Se ha tratado de relacionar la ›apera exoftálmica con otras diferentes afecciones, como la escró-ula, el histérico, la clorosis, la anemia. Como la clorosis y el histé-ico, la enfermedad de Graves se acompaña en efecto de congestiones ocales, que parecen tener su causa inmediata en una modificacion lel aparato vaso-motor; y Graves se pregunta si el sentimiento de ›ofocacion experimentado por los histéricos (sentimiento que se ha ›omparado á una bola que sube á la garganta, á un garfio que ›prieta la base del cuello) no es debido á una congestion repentina le la glándula tiróides, que además ha sido comprobado, fuera de os ataques histéricos por varios médicos, cuyo valor científico apre-›iaba. Esta congestion, en el histérico como en la papera exoftál-nica, está, segun Trousseau, bajo la dependencia de los paroxismos ıerviosos que obran sobre el centro circulatorio ó sobre alguna de as porciones periféricas del sistema vascular. «El orgasmo del car-ílago, que aumenta ó disminuye con la aceleracion ó disminucion le las palpitaciones cardíacas, la prominencia de los ojos, el brillo le la mirada que se muestran en los paroxismos especialmente, el ›alor y la humedad de la piel, la torpeza intelectual, son otros tan-›os fenómenos que atestiguan muy alto en favor del *molimen con-›estivo.*»

Este movimiento congestivo parece producirse bajo la influencia le una neurosis, y la mayoría de los autores consideran hoy la en-'ermedad de Graves como esta misma neurosis precisamente (1); ›neurosis congestiva y además verdadera entidad morbosa, porque ›resenta fenómenos especiales: palpitaciones cardíacas, congestiones le la glándula tiróides y de los globos oculares. Es una especie ›atológica de la gran clase de las neurosis de marcha paroxística.

(1) *Neurosis thyro-exoftálmica*, de Corlieu.

Debe separarse claramente de las demás exoftalmías consecutivas á las enfermedades orgánicas del corazon, y no se puede confundir con la papera propiamente dicha, de causa accidental ó de causa caquéctica.» (Trousseau). Las emociones profundas parecen ejercer sobre la produccion de la papera exoftálmica una influencia que se comunica al gran simpático por los desarreglos funcionales propios de la enfermedad y las lesiones de extructura consecutivas. Sábese, en efecto, «que la parálisis ó la debilidad del sistema nervioso vaso-motor determina el aflojamiento de las paredes vasculares, la paralizacion de la sangre, y por consecuencia la congestion.» Ahora bien; Trousseau piensa que algo análogo ocurre en la enfermedad de Graves, y que los desarreglos funcionales que entonces se observan (hiperemias con todas sus consecuencias) «derivan, bien de un estado congestivo pasajero del gran simpático, bien de una lesion de extructura permanente del sistema nervioso ganglionario (1); congestion ó lesion que llega á ser, á su vez, causa de congestiones fugitivas ó de lesiones irreparables en los diversos órganos, los cuales pueden hipertrofiarse ó atrofiarse consecutivamente á esta hiperemia (2).» El *aumento del calórico* que hemos consignado al tratar de los síntomas, el desarrollo de las *manchas* llamadas *cerebrales*, la *aceleracion del pulso*, son tres fenómenos del mismo órden, debidos á una modificacion profunda del gran simpático y del sistema nervioso vaso-motor en particular, modificacion que produce un estado de fiebre artificial con sus característicos ordinarios: frecuencia de pulso y aumento del calor (Trousseau).

Para completar los informes relativos á la etiología de la papera exoftálmica, consignemos la opinion, sostenida expecialmente por Begbie, quien no ve en esta afeccion mas que una consecuencia natural de la anemia llevada á sus últimos límites. «Cierto es que se muestra preferentemente en las mujeres de veinte á treinta años, nerviosas, irritables, mal regladas, anémicas; dominadas por pasiones tristes; tambien es verdad que algunas veces han parecido representar el papel de causas determinantes, hemorragias abundantes y prolongadas; pero asímismo se la ha visto desarrollarse en condiciones opuestas, particularmente en los hombres, habiéndose podido observar sus caractéres mas salientes, no siempre se acompañaba de empobrecimiento de sangre y desarreglos nerviosos bien manifiestos. Las alteraciones de los líquidos, las perturbaciones nerviosas, que residen en el corazon y el sistema arterial, faltan algunas veces y no se muestran á veces hasta los períodos avanzados. Si contribuyen algunas veces á producirla, no la enjendran probablemente nunca por sí, y suelen ser una consecuencia de ella, mas ó menos necesaria.» (Charcot.)

(1) Predominio del elemento conjuntivo, disminucion del elemento nervioso (Peter, Lancereaux).

(2) A. Trousseau, *loc. cit.*, pág. 499.

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

La existencia simultánea de los tres fenómenos principales de la enfermedad de Bassedow ó de Graves, la triada sintomática, en una palabra, es característica en la afeccion que nos ocupa. «El principio insidioso, súbito, de la afeccion, sus paroxismos lejanos ó inmediatos, su variable duracion, su marcha, su naturaleza, ofrecen otros tantos caractéres distintivos, que tomados uno por uno, en su manera de ser, facilitan el diagnóstico de la afeccion general.

»La exoftalmía es doble, igual por ambos lados, sin estrabismo, lo cual la distingue de cualquiera otra *exoftalmía de causa orbital ó craneal*; los globos oculares tienen una movilidad extrema, la mirada es brillante, lo que no ocurre en *prominencia ocular por lesion orgánica del corazon*, en que los ojos están opacos aunque salientes. Los *ojos de los miopes* tienen un aspecto especial difícil de describir; pero la fecha y la marcha de la miopía no permiten dudar mucho tiempo.

»¿Se puede confundir la exoftalmía con la *hidroftalmía*? En este último caso, y aun suponiendo que la afeccion sea doble, lo que es excepcional, las pupilas están dilatadas; la esclerótica está distendidida por el líquido derramado, la córnea se desprende fuertemente de la curva esclerotical, la prominencia ocular es debida á la hidropesía de los centros del ojo y al aumento de volúmen del globo ocular; entretanto que, en la exoftalmía de Graves, la prominencia es debida sobre todo á la proyeccion hácia delante.»

Las diferencias de orígen, de forma y de desarrollo separan suficientemente la papera exoftálmica de la papera propiamente dicha *(papera endémica)*, y de la de las mujeres embarazadas. «La primera puede desarrollarse fuera de todas las condiciones que ocasionan la papera endémica; tiene con mayor frecuencia su máximum de desarrollo en el lóbulo derecho de la glándula tiróides, su crecimiento es muy rápido, aumenta con los paroxismos, toda su extructura es vascular; en tanto que en la papera endémica, el tumor del cuello es una hipertrofia de todos los elementos de la glándula tiróides. En fin, el iodo, que cura frecuentemente la papera de las montañas, suele determinar el desarrollo de la papera exoftálmica.

«La *papera de las mujeres embarazadas*, parece tener por causa su mismo estado; la de las exoftálmicas parece curarse con la preñez ó disminuir con el restablecimiento del flujo menstrual; en fin, no debe perderse de vista las palpitaciones cardíacas, cuya intensidad aumenta constantemente la prominencia ocular y el tumor cartilaginoso.» (Trousseau.)

Pronósico.—Aunque entre los hechos recogidos hayan terminado muchos por la muerte, lo cual hará considerar el pronóstico como

bien; Trousseau piensa que algo análogo ocurre en la e
Graves, y que los desarreglos funcionales que entonce
(hiperemias con todas sus consecuencias) «derivan, bie
do congestivo pasajero del gran simpático, bien de
extructura permanente del sistema nervioso ganglion
gestion ó lesion que llega á ser, á su vez, causa de co
gitivas ó de lesiones irreparables en los diversos órgan
pueden hipertrofiarse ó atrofiarse consecutivamente á
mia (2).» El *aumento del calórico* que hemos consignac
los síntomas, el desarrollo de las *manchas* llamadas
aceleracion del pulso, son tres fenómenos del mismo ó
á una modificacion profunda del gran simpático y de
vioso vaso-motor en particular, modificacion que prod
de fiebre artificial con sus característicos ordinarios:
pulso y aumento del calor (Trousseau).

Para completar los informes relativos á la etiologí
exoftálmica, consignemos la opinion, sostenida expe
Begbie, quien no ve en esta afeccion mas que una con
tural de la anemia llevada á sus últimos límites. «Ci
muestra preferentemente en las mujeres de veinte á
nerviosas, irritables, mal regladas, anémicas; domin
siones tristes; tambien es verdad que algunas veces
representar el papel de causas determinantes, hemorra
tes y prolongadas; pero asímismo se la ha visto de
condiciones opuestas, particularmente en los hombre
podido observar sus caractéres mas salientes, no siemp
ñaba de empobrecimiento de sangre y desarreglos
manifiestos. Las alteraciones de los líquidos, las pertu

§ IV.—Diagnóstico y pronóstico.

La existencia simultánea de los tres fenómenos principales de la enfermedad de Bassedow ó de Graves, la triada sintomática, en una palabra, es característica en la afeccion que nos ocupa. «El principio insidioso, súbito, de la afeccion, sus paroxismos lejanos ó inmediatos, su variable duracion, su marcha, su naturaleza, ofrecen otros tantos caractéres distintivos, que tomados uno por uno, en su manera de ser, facilitan el diagnóstico de la afeccion general.

»La exoftalmía es doble, igual por ambos lados, sin estrabismo, lo cual la distingue de cualquiera otra *exoftalmía de causa orbital ó craneal*; los globos oculares tienen una movilidad extrema, la mirada es brillante, lo que no ocurre en *prominencia ocular por lesion orgánica del corazon*, en que los ojos están opacos aunque salientes. Los *ojos de los miopes* tienen un aspecto especial difícil de describir; pero la fecha y la marcha de la miopía no permiten dudar mucho tiempo.

»¿Se puede confundir la exoftalmía con la *hidroftalmía*? En este último caso, y aun suponiendo que la afeccion sea doble, lo que es excepcional, las pupilas están dilatadas; la esclerótica está distendidida por el líquido derramado, la córnea se desprende fuertemente de la curva esclerotical, la prominencia ocular es debida á la hidropesía de los centros del ojo y al aumento de volúmen del globo ocular; entretanto que, en la exoftalmía de Graves, la prominencia es debida sobre todo á la proyeccion hácia delante.»

Las diferencias de orígen, de forma y de desarrollo separan suficientemente la papera exoftálmica de la papera propiamente dicha *(papera endémica)*, y de la de las mujeres embarazadas. «La primera puede desarrollarse fuera de todas las condiciones que ocasionan la papera endémica; tiene con mayor frecuencia su máximum de desarrollo en el lóbulo derecho de la glándula tiróides, su crecimiento es muy rápido, aumenta con los paroxismos, toda su extructura es vascular; en tanto que en la papera endémica, el tumor del cuello es una hipertrofia de todos los elementos de la glándula tiróides. En fin, el iodo, que cura frecuentemente la papera de las montañas, suele determinar el desarrollo de la papera exoftálmica.

«La *papera de las mujeres embarazadas*, parece tener por causa su mismo estado; la de las exoftálmicas parece curarse con la preñez ó disminuir con el restablecimiento del flujo menstrual; en fin, no debe perderse de vista las palpitaciones cardíacas, cuya intensidad aumenta constantemente la prominencia ocular y el tumor cartilaginoso.» (Trousseau.)

Pronóstico.—Aunque entre los hechos recogidos hayan terminado muchos por la muerte, lo cual hará considerar el pronóstico como

grave, «se puede admitir que hasta hoy, solo los casos muy acentuados han llamado la atencion de los observadores.» (Charcot.)

§ V.—Tratamiento.

Antes de indicar los medios terapéuticos cuyo empleo se ha intentado hasta hoy contra la enfermedad de Graves, es importante recordar que la curacion parece poderse operar, por sí misma, al menos en algunos casos, sin el auxilio de otros agentes. (Charcot.)

«Las *preparaciones marciales*, la *quina*, parece que han sido eficaces en que la anemia era pronunciada: cuando no habia señales de pobreza de sangre, las preparaciones de *digital*, el *ácido fosfórico* (Romberg), han producido á veces buenos efectos.» (Charcot.)

Sin embargo, el *hierro* ha parecido perjudicial en algunos casos (Trousseau). Cuando la excitacion vascular ha llegado á su colmo, y se observan 100 á 110 pulsaciones por minuto, produciria exacerbaciones en todos los síntomas. (Graefe.)

Las *preparaciones iodadas*, empleadas por casi todos los observadores, han sido unánimemente desechadas, porque de su uso provenia una exacerbacion de todos los síntomas, una vuelta de los paroxismos. «Sucede, no obstante, aunque raras veces, que las preparaciones iodadas pueden ser soportadas sin riesgo y aun con un aspecto de mejoría por ciertas personas atacadas de la enfermedad de Graves.» (Trousseau.)

Las *emisiones sanguíneas*, aconsejadas por algunos médicos «no tienen mas que un objeto: conjurar el peligro inminente que puede resultar de la congestion del tiróides, impedir la asfixia, produciendo un desahogo del sistema vascular y calmar las palpitaciones de corazon.

«La primera indicacion en el paroxismo, es impedir la sofocacion. Para alcanzar este resultado, es preciso disminuir el volúmen del tumor que va á ahogar al enfermo; el *frio*, empleado de una manera contínua sobre el tumor, alejaria la afluencia de sangre; se llamará al mismo tiempo la congestion á otros puntos, hácia las extremidades inferiores con las *ventosas de Junod*, con sinapismos continuados, etc. Despues que ha pasado el paroxismo, cuando ya no existe amenaza de sofocacion, se dirigirá á la causa supuesta, á la naturaleza del mal.

»Siendo el bocio exoftálmico una mucosa que obra principalmente sobre el corazon y el sistema arterial subdiafragmático (neurose cardíaca de Stokes) se recurrirá al sedante por excelencia de la circulacion, á la *digital*, que no se recelará emplear á fuertes dósis. Se atenderá sin embargo á los enfermos, solo se detendrá en el momento en que se haya producido un principio de envenenamiento, cuando se quejen de vértigos, cefalalgia y opresion de corazon.

»El pulso indicará tambien cuándo se debe disminuir ó suspen-

derse las dósis; cuando no late mas de 60 á 70 veces por minuto, se debe interrumpir la indicacion ó bien moderar la accion.» (Trousseau.)

El *tratamiento hidroterápico*, puede tambien producir buenos resultados, lo cual parece natural, cuando se considera el bocio exoftálmico como una neurose congestiva (Trousseau). En fin, la *aplicacion permanente del frio*, sobre la region precordial y sobre el cuerpo tiróides constituye un medio poderoso, preconizado sobre todo por Aran, y que no será demasiado recomendar. (Trousseau.)

En las mujeres acometidas del mal de Graves, la necesidad del *restablecimiento del flujo menstrual*, encierra una indicacion terapéutica importante; pero para salir bien, es necesario atender á que el esfuerzo hemorrágico se manifieste hácia el útero: entonces se podrá recurrir á la aplicacion de los revulsivos, de algunas sanguijuelas en los miembros inferiores, etc. (Trousseau.)

En el caso en que, á pesar de los esfuerzos que se hayan podido hacer con el empleo de los agentes terapéuticos, la vida del enfermo está puesta en peligro por una asfixia inminente, se podrá sin duda, recurrir á la *traqueotomía;* pero aquí, mas que en ningun otro caso, no se deberá olvidar la vascularidad extrema que rodea la glándula tiróides, y por consiguiente hacer todo por *evitar la hemorragia.* No es aquel lugar de insistir en las modificaciones, que es necesario hacer en el manual operatorio; recordaremos solamente el procedimiento recomendado por Demarquay: por medio de un bisturí se pone al descubierto el cuerpo tiróides; se pasa una doble ligadura en todos los vasos subcutáneos y subaponeuróticos susceptibles de dar sangre; pasar por debajo del puente tiróideo la cadena del aplastador lineal de Chassaignac; haciéndose la seccion por aplastamiento del cuerpo tiróides, como es probable, sin hemorragia: dividir la tráquea y colocar una cánula conveniente.

«Chassaignac cree que no es necesario servirse del bisturí en esta circunstancia; él preferiria, despues de haber hecho un pliegue trasversal en la piel, comprender en una misma asa de la cadena del aplastador todas las partes blandas situadas delante de la tráquea. La operacion entonces se haria en dos tiempos: en el primer tiempo, la seccion de todas las partes blandas con el aplastador; en el segundo tiempo, abertura de la tráquea con el bisturí y la introduccion de la cánula (1).» (O. Larcher.)

PLÉTORA (2).

En todos tiempos se ha notado que en ciertos sugetos la sangre unas veces es mas rica, otras mas pobre que en el estado normal, lo

(1) A. Trousseau, *loc. cit.*, p. 504.
(2) Este artículo debia ser el IX del libro II: *Enfermedades generales y constitucionales*; y su colocacion en el tomo I.

cual entraña una série de síntomas, alguna vez muy graves. Tambien se ha visto que alteraciones particulares, como las del escorbuto, daban lugar á afecciones generales bien caracterizadas, y todos los Tratados de patología convienen en la descripcion de estas enfermedades. Pero en estos últimos años, los observadores, aplicando á estos descubrimientos experimentos rigurosos, llegaron á resultados mas precisos que los que se habian hecho antes de ellos, y relativamente á la causa material de los síntomas es á la que principalmente se debe atender. Entre los trabajos, no hay ninguno que pueda sernos de mas grande utilidad que los emprendidos por Andral y Gavarret, y sobre todo la última obra de Andral sobre este objeto (1).

Antes se admitia un número bastante grande de divisiones en la plétora: así el aumento permanente de la cantidad de sangre se ha distinguido con el nombre de *plétora verdadera*: una especie de dilatacion de la sangre, distendiendo momentáneamente el sistema circulatorio, era designado con el nombre de *plétora falsa*: la falta de proporcion de la sangre con las cavidades que deben contenerla, como despues de las grandes amputaciones, tenia su descripcion especial, etc.

Pero las investigaciones recientes han hecho justicia á estas divisiones fundadas tan solo en simples apariencias, y Andral ha llegado á la conclusion de que una proporcion muy considerable de los glóbulos es el solo carácter anatómico de la plétora (2). Beau ha admitido la existencia de una *plétora serosa*. En cuanto á las plétoras *biliosa*, *linfática*, etc., no son mas que estados locales que no merecen semejante nombre.

§ I.—Definicion, frecuencia.

La plétora, abstraccion hecha de la plétora serosa, de que no se trata ahora, debe definirse: un estado patológico caracterizado anatómicamente por el aumento de los glóbulos sanguíneos. En cuanto á la *frecuencia* de este estado, no tenemos datos positivos.

Si se atendia á las observaciones de los sugetos que se han considerado como *pletóricos*, se podria creer que la plétora, es mucho mas frecuente de lo que es en realidad. Esta cuestion está enlazada con la de los temperamentos, sobre la cual hay aun tanto que hacer.

§ II.—Causas.

La edad adulta está mas dispuesta á la plétora que la infancia y la vejez; vienen en seguida los ancianos, porque los niños presentan muy rara vez este estado particular del organismo. El mayor núme-

(1) Andral, *Essai d'hématologie pathologique*. Paris, 1843.
(2) Véase Valleix, tomo I.—Véase asímismo Beau, *Traité expérimental et clinique d'ouscultation*, 1856, p. 451.

ro de casos se ha observado en el sexo *femenino*, lo cual se explica por la vida sedentaria de lás mujeres, por cuanto la *vida sedentaria* es tambien una condicion favorable al desarrollo de esta disposicion.

De todas las *estaciones*, la primavera sobre todo, al principiar los calores, es en la que se manifiestan con mas frecuencia los accidentes de la plétora. ¿Pero podrá decirse que la plétora se produce entonces? No, sin duda, porque con frecuencia la sangre es ya, despues de cierto tiempo, muy rica en glóbulos, cuando los primeros calores, activando la circulacion, hacen manifiesta esta superabundancia. ¿Se debe ver en el estado de *embarazo* una predisposicion á esta plétora, ó es necesario buscar la causa de los accidentes en la vida mas sedentaria, en la alimentacion mas abundante de las mujeres en cinta? Es que las investigaciones de los autores no permiten decidir.

Sin embargo, haremos notar que la plétora sanguínea es negada hoy por los observadores mas serios, despues de los datos de análisis química. Habiendo analizado Becquerel y Bodier la sangre de nueve mujeres en cinta, han hallado 111 como cifra media de los glóbulos; y Regnault, en veinticinco análisis, ha hallado 117,4 como término medio. Esta plétora debe colocarse en la clase de las plétoras serosas.

Los individuos que están afectados de plétora tienen, en general, una *gordura* bastante notable; pero la gordura es menos una causa predisponente de la plétora que un efecto. Además, no es muy raro ver individuos delgados ofrecer todos los accidentes de la plétora.

En un buen número de casos, es necesario recurrir, para explicar la existencia de la plétora, á una predisposicion desconocida, á una constitucion primordial de la sangre. Esta verdad está demostrada por la produccion de la plétora en los casos en que faltan todas estas causas, como las causas ocasionales de que se va á tratar, y en que desde la juventud se marca una tendencia invencible de la sangre á cargarse de una muy grande cantidad de glóbulos.

Las *causas ocasionales* son de dos órdenes, á saber: 1.°, la introduccion en la sangre de una cantidad de materiales mayor que la que exige el mantenimiento del cuerpo; 2.°, la retencion, en este líquido, de sustancias que habrian debido salir por las excreciones. Una *alimentacion* muy abundante, muy sustanciosa; el uso de los vinos generosos, etc., pertenecen al primer órden; el segundo comprende la supresion de una evacuacion habitual, de una sangría de precaucion, de un flujo cualquiera, y en particular de un flujo hemorroidal. En este último órden tambien deben colocarse los resultados de ciertas causas predisponentes, tales como la vida sedentaria y la molicie; porque, en semejante caso, lo que ocasiona los accidentes es la desproporcion entre la alimentacion y las pérdidas diarias del cuerpo.

§ III.—Síntomas.

La plétora se desarrolla por grados. Así sucede con frecuencia que en el principio los individuos, lejos de creerse enfermos, se encuentran mas fuertes, mas dispuestos, y se felicitan de este aumento de energía de todas sus funciones. Pero mas tarde algunos accidentes, aun ligeros, vienen á anunciar que los límites se han traspasado. Lejos de estar mas activos que en el estado normal, lejos de tener una digestion mas activa, una respiracion mas libre, etc., los individuos se sienten pesados, no pueden entregarse á una ocupacion seguida, tienen gran tendencia á quedarse dormidos, sobre todo despues de comer; su cara se vuelve colorada, turgescente; en una palabra, se deja sentir el estado de plenitud.

Mas tarde, estos accidentes, desde luego soportables, acrecen mucho. La *cara* está vivamente colorada, el ojo brillante. La *cabeza* está pesada; los individuos experimentan una sensacion de tension, alguna vez un verdadero dolor; tienen zumbidos, ruidos de oidos. Alguna vez la *vista* está turbia, los objetos parecen colorados de rojo, y con frecuencia vienen á asustar á los enfermos *aturdimientos*, sobre todo despues de grandes esfuerzos, en el momento en que se levantan, despues de estar bajos durante algun tiempo, despues del acto de la defecacion, etc. Algunos experimentan una sensacion de *peso*, una *laxitud* general; todos tienen una tendencia mayor ó menor al *sueño*, y su sueño es pesado, prolongado, con desvaríos. El despertar es difícil, largo; los individuos quedan aun mucho tiempo en un estado de torpeza. Por momentos se dejan sentir una tension mayor de la cabeza y *bocanadas de calor*. Los *latidos del corazon* son grandes y fuertes. Algunos médicos han creido hallar un ruido de soplo en estos órganos; pero, como lo hace notar Andral, este síntoma no pertenece á la plétora; en los casos en que se ha *notado*, habia una complicacion de enfermedad del corazon. El *pulso* es grande; late con lentitud y con fuerza; se deprime difícilmente. La respiracion misma no se verifica con la misma facilidad; hay una sensacion de plenitud en el pecho y alguna vez un verdadero calor. En fin, la falta de gusto, la anorexia, la pesadez del epigástrico y el extreñimiento, pueden venir á añadirse á este aparato de síntomas.

No todos los individuos presentan el conjunto de estos fenómenos, á menos que la enfermedad no esté bien caracterizada. El estado de la circulacion y de la inervacion presenta los síntomas mas preciosos.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

El *curso* de la plétora es gradual y contínua; en ciertas circunstancias los accidentes se vuelven prontamente intensos, pero ordina-

riamente no aumentan, sino poco á poco. La *duracion* es ilimitada.

La plétora no tiene, por sí misma, una gravedad real, y su *terminacion* no es desgraciada; pero se ha dicho que puede terminar por ciertas afecciones graves. Así la mayor parte de los autores han admitido que los individuos pletóricos estaban mas predispuestos que los demás á las flegmasías: enfermedades que en ellos se hacian notar por una pesadez muy grande. Relativamente á esta última asercion, nada podemos decir de positivo; pero la primera ha sido desmentida por Andral. Este autor, notando que en los pletóricos no existe la fibrina en mayor cantidad que en el estado normal, habia desde luego pensado que la opinion general podia ser errónea, sospecha que ha sido confirmada en seguida por el exámen de los hechos clínicos. Así no se duda anticipar que «esta no es mas que una falsa analogía de síntomas que hace decir que la plétora disponia á las flegmasías.» No se encontrará en ninguno objeccion alguna séria, á esta manera de ver. La plétora, ¿predispone mas á las congestiones cerebrales, á la apoplegía, á las hemorragias activas? Se ha llegado naturalmente á admitir; sin embargo, no serian inútiles observaciones exactas sobre este punto.

Por lo demás, para explicar la plétora se ha dicho que la sangre era mas rica sin especificar mas. Despues se ha buscado en la superabundancia de la fibrina la causa de la série de accidentes anteriormente descritos; mas las últimas observaciones de Andral han resuelto definitivamente la cuestion. No es la fibrina la que está en exceso, puesto que en el análisis de la sangre de los pletóricos, Andral no halló mas que un término medio de 2,7 sobre mil de fibrina, mientras que el término medio normal es de 3 por 1000. No es ningun elemento extraño á los glóbulos; solo el exceso de los glóbulos es lo que constituye la verdadera *alteracion anatómica*. En el estado fisiológico (1) hay, por término medio, de glóbulos $^{127}/_{1000}$, para el máximun 140 y para el mínimum 110; en la plétora, las cifras correspondientes son: *término medio*, 141; *máximum*, 154, y el *mínimum* 131. La diferencia es, como se ve, de las mas notables.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* de la plétora es en general fácil. Se la distingue de una verdadera flegmasía, en que no estando ningun órgano particularmente afectado, no dá lugar á síntomas locales característicos. Es un poco mas difícil distinguirla de una simple congestion local, y sobre todo de una congestion hácia la cabeza. Estas congestiones, en efecto, se acompañan con mucha frecuencia de un estado general que las aproxima á la plétora. Pero la rapidez mayor con

(1) Andral, *Hematología*, p

que se sobrevienen, y la desproporcion entre los síntomas locales y los generales hace bien pronto cesar las dudas.

Estas congestiones estaban descritas antes como plétoras, con el nombre de *plétoras locales*. Pero podemos mejor al presente reconocer donde estaba el error, puesto que es evidente que un aumento en la cantidad de glóbulos de la sangre no producirá una afeccion toda local. En cuanto al *pronóstico*, se ha visto ya que la posibilidad de algunos accidentes consecutivos pueden volverle grave en ciertos casos.

§ VI.—Tratamiento.

El tratamiento de la plétora es de los mas sencillos, y su aplicacion muy fácil. Si los accidentes son ligeros, y demandan aun para producirse causas excitantes bastante enérgicas, tales como los excesos, la estancia en un sitio frio, etc., bastan algunos dias de dieta, el uso de bebidas acuosas, baños simples y un ejercicio un poco activo.

Pero si los trastornos del sistema circulatorio y del sistema nervioso son considerables, y sobre todo si hay algunas razones para temer los accidentes consecutivos señalados mas arriba, se debe recurrir á algunos medios mas activos. La *sangría* ocupa sin duda el primer lugar. A consecuencia de la sangría, el vacío hecho en el aparato circulatorio tiende á llenarse por una produccion de líquido seroso; por este hecho, la sola alteracion de la sangre que existe en la plétora, es decir, la superabundancia de los glóbulos sanguíneos, se halla disminuida; nada mas sencillo en este caso, que la eficacia excelente de la sangría. Se recurrirá á este medio con tanta mas diligencia, cuando los accidentes hayan sobrevenido despues de la supresion de un flujo, un retardo en una sangría de precaucion habitual, etc. Cuando tienen lugar en los sugetos pletóricos hemorragias, producen el mismo efecto que la sangría; es preciso guardarse de contenerlas muy pronto, y el médico deberá contentarse con vigilar que la pérdida de sangre no traspase ciertos límites. Estas hemorragias son casi siempre epistaxis, un flujo hemorroidal, ménstruos abundantes. Es necesario siempre averiguar si no puede referirse la hemorragia á una lesion orgánica, porque entonces es bien diferente la conducta que hay que observar (1). La aplicacion de un número considerable de *sanguijuelas* es útil, principalmente cuando se trata de suplir flujos sanguíneos, tales como los ménstruos y el flujo hemorroidal, porque se las puede aplicar sobre el punto mismo, y volver á llamar el flujo suprimido. Mas ordinariamente la sangría es preferible.

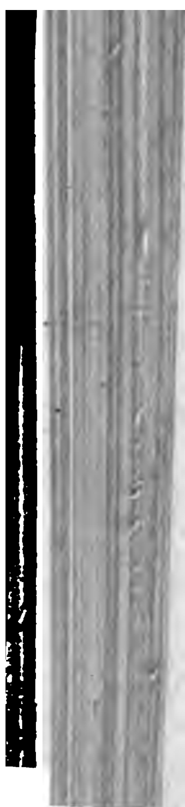
Las *bebidas acuosas* abundantes, llevando al torrente circulatorio

(1) Véase tomo II, ÉPISTAXIS, HEMOTISIS.

una gran cantidad de líquido, tienen una utilidad real; no se las deberá, pues, despreciar. Una *dieta* mas ó menos rigurosa, vendrá en ayuda de estos medios, á los cuales se añadirán con ventaja los *baños simples* de corta duracion á una temperatura moderada, un *ejercicio* bastante activo, ligeros *purgantes*, frecuentemente repetidos, la habitacion en un lugar fresco y aireado.

Este tratamiento es mas bien higiénico que terapéutico, pero es suficiente cuando es bien empleado.

FIN DEL QUINTO Y ÚLTIMO TOMO.



ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO QUINTO.

LIBRO ONCENO.

LIBRO DUODÉCIMO.

LIBRO DÉCIMO TERCERO.

LIBRO DÉCIMOCUARTO.

LIBRO DÉCIMOQUINTO.

NAME	DATE DUE

